

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

POUR LE

N° 183

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Adrien-Albert POIRIER

Né le 25 août 1906 à Dunkerque
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES FIBROMES,
FIBRO-MYOMES ET MYOMES
DU RECTUM

Travail de la Consultation de Proctologie de l'Hôpital St-Antoine
(Docteur R. BENS AUDE. — Service du Docteur F. RAMOND)

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1933

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Adrien-Albert POIRIER

Né le 25 août 1906 à Dunkerque

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LES FIBROMES,
FIBRO-MYOMES ET MYOMES
DU RECTUM

Travail de la Consultation de Proctologie de l'Hôpital St-Antoine
(Docteur R. BENSAUDE. — Service du Docteur F. RAMOND)

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAI.THAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	N...
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE, ROVELACQUE.
	MULON et VERNÉ.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES
 GIROUD . . . Histologie.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale.
 JOANNON . . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique;

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET.	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1998, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Médecine
Grand Officier de la Légion d'Honneur

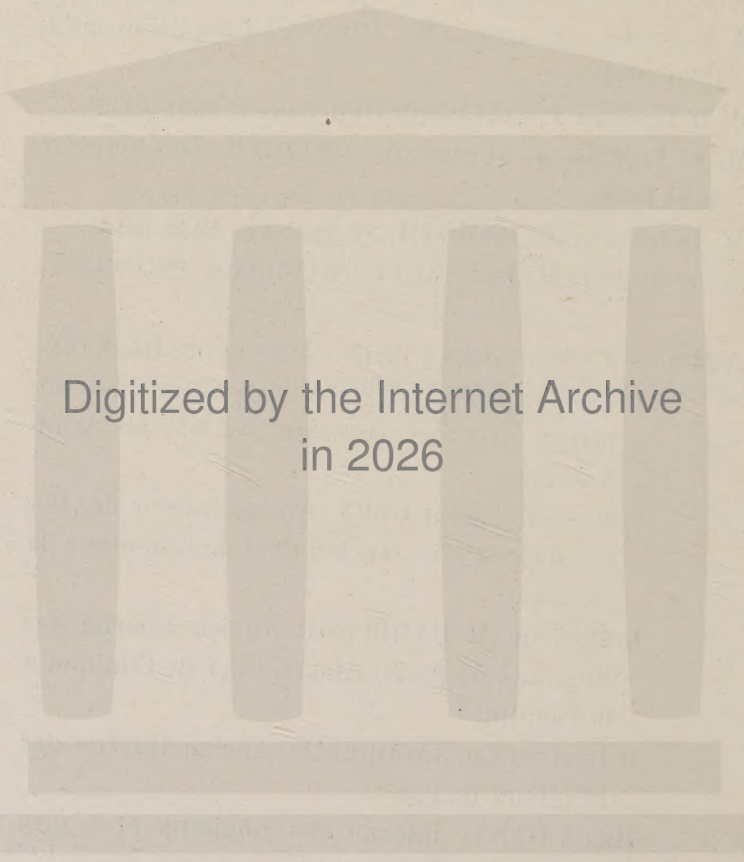
*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse.
Remerciements et hommage respec-
tueux.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- M. le Docteur BOUSQUET (Bordeaux, 1927-1928).
- M. le Docteur LEFEBVRE (Bordeaux, 1927-1928).
- M. le Docteur P. HALBRON (Hôtel-Dieu, 1928-1929).
- M. le Docteur P. LAUNAY (Cochin, 1928-1929).
- M. le Professeur agrégé AUVRAY (Laënnec, 1929-1930).
- M. le Professeur agrégé M. CHIRAY (La Rochefoucauld, 1930-1931).
- M. le Docteur P. HALBRON (Hôtel-Dieu, 1931-1932).
- M. le Professeur agrégé M. METZGER (Bretonneau, 1931-1932).
- M. le Docteur F. RAMOND (St-Antoine, 1932-1933).
- M. le Docteur R. BENSUADE (St-Antoine, 1932-1933).

- A MM. le Docteur ANDRÉ CAIN, Médecin des Hôpitaux.
- le Docteur PAUL CHÈNE, Ancien interne des Hôpitaux de Paris, Assistant à l'Hôpital Saint-Antoine.
- le Docteur PIERRE OURY, Ancien interne des Hôpitaux de Paris, Ancien Chef de Clinique à la Faculté.
- le Docteur A. LAMBLING, Ancien interne des Hôpitaux de Paris, Ancien Chef de Clinique à la Faculté.
- le Docteur CH. JACQUELIN, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.
- HENRY DANY, Interne des Hôpitaux et à mes Collègues du Service.

*Avec mes remerciements pour leur
bonne amitié.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous voudrions exprimer ici à ceux de nos Maîtres qui nous ont facilité ce travail, notre reconnaissance pour leur aide inestimable.

Nous remercions avec un sentiment de profonde gratitude M. le Dr FÉLIX RAMOND, qui a bien voulu nous admettre dans son service. Nous avons trouvé auprès de lui un accueil affable, de nombreuses possibilités de travail et un enseignement riche et varié. Nous le prions de bien vouloir accepter l'expression d'une reconnaissance dont nous avons un sentiment très vif.

Ce travail revient de droit à M. le Dr RAOUL BENSAUDE, qui nous en a donné l'idée et les éléments. Il en a suivi la rédaction avec une bienveillante patience, nous prodiguant sans compter ses précieux conseils. Nous ne saurions assez le remercier de son concours.

Mais nous lui devons beaucoup plus encore. Pendant une année passée auprès de lui, à la consultation de Proctologie qu'il dirige à l'hôpital Saint-Antoine, il nous a fait profiter du plus riche des enseignements avec une autorité et une bonté dont nous conserverons toujours le souvenir.

Nous aurions voulu que ce travail fût à la mesure de tout ce que nous lui devons. Tel qu'il est, nous le prions de bien vouloir le considérer comme un témoignage de reconnaissance et de respectueuse affection.

C'est avec un très vif plaisir que nous exprimons à M. le D^r ANDRÉ CAIN les sentiments de gratitude que nous éprouvons à son égard. Il a bien voulu se charger de l'examen de nos coupes histologiques; de plus, il n'a cessé, au cours de notre travail, de nous combler de ses conseils. Nous le remercions infiniment de son assistance éclairée et toujours aimable.

Nous voulons, en terminant, dire au D^r PAUL CHÊNE combien nous sommes heureux de lui témoigner ici un peu de notre affection pour lui, qui est très grande.

C'est à sa recommandation d'abord que nous devons notre accès à l'hôpital Saint-Antoine. Nous avons passé auprès de lui deux années parmi les plus agréables à notre mémoire, au cours desquelles nous avons profité de son enseignement amical. Nous le remercions d'avoir su rester pour nous tout à la fois un maître sans éloignement, un conseiller toujours bien avisé et un ami.

Les clichés qui illustrent notre thèse ont paru dans les *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*, n° 4, avril 1933. Nous remercions MM. Masson et C^{ie} qui nous les ont obligeamment prêtés.

I. — DÉLIMITATION DU SUJET

Ayant eu l'occasion d'observer, dans le courant de l'année, à la consultation de Proctologie de l'hôpital Saint-Antoine, quelques cas de tumeurs conjonctives d'aspect fibreux, pédiculées dans le rectum, notre Maître, M. le Dr Bensaude, nous suggéra l'idée de prendre, comme objet d'étude pour notre thèse, les fibromes purs du rectum.

Primitivement, ce travail se limitait donc à une variété de tumeurs conjonctives bénignes de l'intestin terminal bien définies par des caractères anatomo-pathologiques précis. L'aspect macroscopique de ces formations pédiculées dans la cavité du rectum, leur structure histologique faite de tissu conjonctif pur, nous semblaient légitimer leur isolement du groupe des néoplasmes bénins du rectum.

Mais nous fûmes rapidement déconcerté par deux faits importants.

Une rapide revue des travaux publiés sur la question nous démontra, en premier lieu, la rareté extrême des fibromes purs du rectum.

De plus, contrairement à ce que nous pensions, nous

eûmes l'occasion de vérifier combien il était parfois difficile de délimiter ces tumeurs avec une précision histologique suffisante et de les isoler d'autres néoplasies qui leur sont cliniquement comparables, des fibromyomes en particulier.

En effet, parmi les formations bénignes de consistance fibreuse et pédiculées dans le rectum, nous avons trouvé, à côté de rares fibromes purs, un certain nombre de fibro-myomes dans lesquels l'élément musculaire n'était représenté que par quelques rares fibres lisses. Décider dans ces cas s'il s'agissait de fibrome ou de fibro-myome nous a paru une question d'histologie pure sans utilité pratique pour le clinicien mis en présence de ces tumeurs.

Par ailleurs, il nous fut très facile de retrouver tous les intermédiaires entre les fibro-myomes et les myomes purs suivant les proportions relatives du tissu conjonctif et du tissu musculaire et de passer de l'une à l'autre variété par gradations insensibles.

Nous avons donc estimé qu'il y avait avantage à ne pas différencier des tumeurs se présentant sous un aspect clinique semblable et qui, d'autre part, sont par leur nature histologique très proches les unes des autres.

M. le Dr Leroux, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté, qui a bien voulu nous donner un avis, confirma notre conception et nous engagea à ne pas circonscrire à l'excès notre travail.

La similitude clinique et la parenté histologique des fibromes et des fibro-myomes intra-cavitaires du rec-

tum nous ont donc paru des raisons suffisantes pour grouper et rapprocher ces deux variétés de tumeurs dans notre étude.

Par extension, nous avons été amené à étudier également les tumeurs fibro-myomateuses dans leurs localisations intra pariétales et extra rectales. Bien que très différentes, par leur symptomatologie, des tumeurs intra-cavitaires, elles sont reliées à ces dernières par leur nature histologique et leur origine. Rien ne nous autorisait à scinder le groupe des formations myoïdes pour en isoler les seules variétés intra-cavitaires.

Par contre, il nous a semblé légitime, pour des raisons histologiques également, de ne pas étendre plus loin le cadre de notre étude et de le limiter par rapport aux autres tumeurs bénignes du rectum.

C'est ainsi que nous éliminerons de notre travail toutes les productions fibreuses inflammatoires du canal anal et de la lisière ano-rectale : fibromes hémorroïdaires, papilles anales hypertrophiées, bourgeons de rectite. Nous en signalerons seulement les caractères au chapitre consacré au diagnostic.

De même, nous écarterons les cas de neuro fibromes de Recklinghausen isolés du rectum. On sait, en effet, maintenant, qu'il ne s'agit pas là de vrais fibromes mais de neurinomes ou gliomes périphériques, dans lesquels seules les cellules de la gaine de Schwann prolifèrent (Lhermitte et Leroux). Si on a longtemps considéré ces productions comme étant des fibromes, c'est en raison des remaniements secondaires qu'elles ont subis. Il faut également trouver une cause à ces erreurs dans

l'imperfection des méthodes de différenciation histochimiques, insuffisamment exactes à cette époque. MM. A. Gosset, J. Bertrand, Lœvy, dans un article sur les tumeurs pédiculées de l'estomac, ont précisé les caractères histologiques des tumeurs viscérales développées aux dépens du tissu de soutien nerveux périphérique des gaines de Schwann. Ils en ont souligné le polymorphisme et les aspects métaplasiques variés.

Nous éliminons, enfin, volontairement, l'étude de l'adénome ou polype isolé du rectum ; bien différent par ses caractères et sa nature des tumeurs que nous étudions.

En résumé, nous envisagerons au cours de ce travail les fibromes, les fibro-myomes et les myomes du rectum. Ces tumeurs présentent trois localisations distinctes par rapport au rectum ; elles peuvent être intracavitaires, interstitielles ou extra-rectales. Il est facile de faire remarquer l'analogie qu'elles présentent avec les tumeurs de même nature qu'on décrit dans l'utérus.

Nous désignons sous le terme de tumeurs intra-cavitaires toutes celles qui, sessiles ou pédiculées, se présentent comme des polypes isolés dans la lumière du rectum. Nous avons pu en réunir 15 observations.

Les tumeurs interstitielles sont comprises dans les parois mêmes de l'intestin et développent leur masse, soit vers la muqueuse, soit au contraire vers la celluleuse et l'atmosphère péri-rectale. En raison de la faible épaisseur de la paroi intestinale et aussi du peu de place qu'elles trouvent pour se développer dans l'excavation pelvienne, ces tumeurs bombent toujours dans

la lumière rectale au point de l'obstruer parfois presque complètement. Mais, ces masses, véritablement intra-rectales par leur développement, sont toujours recouvertes par la muqueuse qui les isole de la cavité. Cette muqueuse glisse habituellement sur la surface de la tumeur. Leur base s'étale sur une longueur plus ou moins grande et, à l'intervention, c'est le plus souvent par une véritable myomectomie qu'on extirpe ces formations.

Nous avons pu retrouver 5 observations de cette variété.

Quant aux tumeurs extra-rectales, elles ressemblent en tous points aux fibromyomes de la face externe de l'utérus. La néoformation peut être isolée du rectum auquel elle reste attachée, par un pédicule plus ou moins long et gros ; elle peut être sessile, implantée sur la paroi par une base plus ou moins large. L'emplacement de la tumeur est variable : on peut la trouver dans l'abdomen, sous une couverture péritonéale, dans la concavité sacrée, dans la cloison recto-vaginale. Nous avons réuni 14 observations concernant des faits de cette nature.

II. — ÉTUDE CRITIQUE DES FAITS PUBLIÉS

En 1847, Cambrai rapporte l'observation d'une femme de 34 ans, qui souffrait de pesanteurs dans le fondement, de coliques et de ténésme et chez laquelle le toucher rectal permit de découvrir à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus une tumeur de la forme et de la grosseur d'une noix. Cette tumeur était lisse, assez dure, complètement irréductible, insensible à la pression mais non aux tiraillements. Elle était attachée à la paroi gauche de l'intestin par un pédicule court et assez épais. Au cours de l'examen, un léger déchirement se fit sentir et la malade, après quelques efforts, expulsa la tumeur.

Elle était oblongue, mamelonnée, blanc rosé et recouverte d'une membrane fine et vasculaire. Sa texture était fibreuse. Un mois après, on retrouva chez la même malade une autre tumeur un peu plus grosse, qui fut enlevée et qui se montra identique à la première.

Il ne fut, naturellement, pas fait d'examen histologique. Cette observation, avec la pièce du musée Hunter à Londres, constitueraient les cas les plus anciens de tumeurs fibromyomateuses du rectum.

En 1859, Chargelaigue, dans une thèse consacrée aux polypes du rectum, rapporte, parmi plusieurs observations d'adénomes, un cas de polype dur qu'il doit à Huguier.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans qui ne pouvait aller à la selle qu'au prix d'efforts énormes, douloureux, et seulement après avoir expulsé, au préalable, une tumeur assez volumineuse. Chaque selle s'accompagnait d'accidents nerveux considérables, petitesse du pouls et même convulsions. Au toucher rectal, on trouva à 1/2 pouce de l'orifice anal, une tumeur du volume d'un gros œuf, inégale, dure et élastique, qui fut enlevée après ligature du pédicule. Cette tumeur ne fut pas examinée histologiquement, mais elle était de « consistance dure et résistante, criant sous le scalpel et de structure manifestement fibreuse ».

En 1872, Verneuil apporte à la Société Anatomique de Paris le cas d'une jeune fille qui avait présenté une tumeur grosse comme une noix, pédiculée dans le rectum. Malheureusement, il ne donne pas non plus d'examen histologique.

A cette occasion, Houel dit qu'il avait assisté Velpeau dans l'extirpation d'un fibrome du rectum chez une femme de 33 ans, et Malassez parle d'un cas de polype du rectum qui aurait contenu des fibres musculaires lisses.

E. Boh, dans une thèse de 1877, reprend l'observation de Cambrai ; qu'il cite comme un cas de polype fibreux du rectum. Il n'apporte pas d'autre précision.

A ces observations incomplètes, puisqu'elles ne com-

prennent pas d'examen histologique, nous devons joindre l'observation de Jobert de Lamballe concernant une jeune fille de 20 ans qui présentait depuis peu de fréquentes envies d'aller à la garde-robe, des douleurs à type de pesanteur dans le rectum et qui éprouvait des difficultés à l'évacuation des matières. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, au cours d'un violent effort de défécation, elle avait expulsé une masse grosse comme un œuf de pigeon. Cette tumeur était restée appliquée contre la marge anale dont elle masquait en partie l'orifice ; c'était un « corps fibreux » formé d'un tissu ferme, rénitent et comparable à celui des corps fibreux utérins.

Barnes, en 1879, et Bowlby, en 1883, rapportent chacun une observation accompagnée d'examen histologique. C'est la première fois que la tumeur enlevée est définie par des précisions anatomiques plus intimes qu'un examen macroscopique.

Malheureusement, dans le cas de Barnes, il ne semble pas s'agir de fibrome vrai mais de production fibroïde développée au niveau d'une hémorroïde. En effet, la tumeur était composée de tissu cellulaire lâche, les parties profondes étaient de structure caverneuse et l'histologiste inclinait à considérer cette masse comme étant une néoformation développée aux dépens du tissu conjonctif péri-hémorroïdaire.

Bowlby, dont nous n'avons pu retrouver le rapport original, dit que la tumeur enlevée par lui était formée de tissu conjonctif renfermant entre ses mailles du liquide visqueux.

Cependant, les observations se multiplient et Carlier,

en 1881, Tédénat en 1885, Senn en 1891, J. Bergen 1891, Vestermark, Mac Cosh, publient des cas de tumeurs extirpées du rectum et qui, à l'examen histologique, furent identifiées comme fibro-myomes ou myomes.

Désormais, les examens histologiques apportent la preuve de la nature anatomique des tumeurs et les discussions vont naître au sujet de l'existence du fibrome pur du rectum.

Heurtaux, en 1896, publie une étude sur les myomes rectaux. Il reprend les cas déjà cités dans la littérature et y ajoute une observation personnelle de myome. Il s'élève contre l'existence des fibromes, auxquels il ne croit pas. Pour lui, tous les cas publiés jusqu'alors sont des observations de fibro-myomes ou de myomes purs et il estime qu'on n'est pas plus autorisé à appeler fibromes ces productions rectales qu'il n'est légitime de considérer comme fibromes purs les myomes utérins.

« Si on considère, dit-il, que le tissu fibreux n'a ici
« rien de caractéristique et qu'on le trouve également
« dans une foule d'autres néoplasmes dont il constitue
« en quelque sorte la gangue et le squelette, que, dans
« le cas actuel, la présence de tissu musculaire est la
« vraie caractéristique de la tumeur, on conviendra
« qu'il vaut mieux, comme dans l'utérus, donner à ces
« productions le nom de myomes, tout en reconnaissant
« que le tissu fibreux y entre pour une large part ».

Et, plus loin, il ajoute : « Je suis convaincu que les fibromes purs du rectum n'existent pas ».

Longuet, en 1898, reprend tous les documents publiés et fait une revue générale des tumeurs bénignes du rec-

tum. Il considère, lui aussi, qu'il n'y a pas, jusqu'à cette époque, d'observation probante de fibrome rectal.

Moins absolus que leur élève, Quénu et Hartmann, dans leur *Traité de Chirurgie du rectum*, acceptent, mais avec des réserves nombreuses, les observations de Barnes et de Bowlby.

Cependant, c'est à Heurtaux que s'offrait, en 1899, l'occasion de publier, dans un nouveau travail, les deux premières observations authentiques de fibromes purs du rectum. Ces deux cas, accompagnés de protocoles d'examens histologiques parfaitement détaillés, sont relatés dans les *Archives Provinciales de Chirurgie*, à l'occasion d'une étude générale sur les tumeurs bénignes du rectum.

Peu après, en 1900, Péraire rapportait, lui aussi, une observation indiscutable de fibrome rectal.

Dans ces trois cas, il est absolument spécifié qu'aucune trace de fibres musculaires ne fut rencontrée dans les tumeurs.

Dewis, en 1906, dans une étude assez courte sur les tumeurs bénignes du rectum, cite les chiffres suivants : Sur 219 néoplasmes bénins du tractus intestinal, il en a relevé 101 siégeant dans le rectum, dont deux fibromes seulement ; les cas de Heurtaux. Il ne cite pas l'observation de Péraire.

En 1909, Parsons publie un cas, observé par lui, où la tumeur s'était développée à partir de la marge anale. Cette masse fut extérieure pendant toute la durée de son évolution et la malade était obligée de la soutenir

entre ses jambes à l'aide d'un bandage improvisé. Peut-être s'agissait-il d'une tumeur fibro-myomateuse, mais sa situation ainsi que son point d'origine nous ont paru mériter quelques réserves. L'auteur signale, pour tout détail complémentaire, que le néoplasme était constitué par du tissu fibreux.

King, en 1917, dépouillant les comptes rendus de 44.654 interventions intra-péritonéales, ne découvre qu'une seule observation de fibrome rectal ; encore n'est-elle pas très démonstrative. L'examen histologique mentionne simplement que la tumeur était un fibrome, sans aucun autre détail. La forme de cette tumeur, qui était large et polypoïde, la présence d'hémorroïdes qu'on extirpa avec le néoplasme, nous font supposer qu'il s'agissait plutôt d'un polype sus-hémorroïdaire.

Verne Hunt, en 1921, publie dans les *Annals of Surgery* une excellente étude des fibro-myomes et myomes du rectum. Il réunit tous les cas publiés depuis 1872 et cite 20 observations de la littérature, auxquelles il ajoute 4 cas personnels.

Parmi les publications modernes, nous n'avons retrouvé que peu de choses.

Hill, dans son *Manuel de Proctologie*, cite cependant une belle observation de myome intra-rectal, que nous avons utilisée. Nous avons trouvé un autre cas de leiomyome rapporté par Perrin.

Verdelet, en 1925, a publié un cas de polype fibreux dont l'aspect est en tout point comparable à celui des tumeurs que nous étudions. Malheureusement, l'examen histologique de la pièce est insuffisamment détaillé.

Dans le traité des maladies du rectum de Lockhart-Mummery, nous avons retrouvé une observation de fibro-myome du rectum. Mais ce cas nous paraît également douteux. L'auteur estime, en effet, qu'une des tumeurs qu'il enleva paraissait provenir de l'utérus. Il nous semble qu'on puisse rapprocher ce cas des observations présentées par Cullen sous le titre de « Adénomyomes de la cloison recto-vaginale ». Ces observations concernent des productions néoplasiques très curieuses, développées à partir du col utérin et adhérentes au rectum, à un stade assez tardif de leur évolution. Ces tumeurs sont constituées par des groupes glandulaires entourés de tissu musculaire lisse.

Nous rapporterons à la fin de notre étude ces observations que nous n'avons pas pu classer.

Nous ne retiendrons pas, en raison de leur imprécision, les observations de fibro-myxomes que nous avons trouvées.

V. Quénu et Hartmann ont déjà fait la critique du cas de Cruveilhier, qui n'était vraisemblablement qu'un cancer en dégénérescence colloïde.

L'observation de Hulke n'est pas plus démonstrative. Il s'agissait d'une tumeur qui entourait le rectum comme un collier et qui occupait le périnée et les fosses ischio-rectales. La lumière était presque effacée, au point de gêner la pénétration du doigt. La muqueuse paraissait intacte. Le tissu de cette tumeur était constitué par des cellules ramifiées, des éléments fusiformes et des cellules rondes disséminées au milieu d'une substance colloïde. C'était très probablement, nous

semble-t-il, un cancer colloïde du rectum. En tout cas, il s'agit là d'une tumeur entièrement différente de celles dont nous nous proposons l'étude.

De même, Miles dit qu'il existe un beau spécimen de fibro myxome au Saint Bartholomiew's Hospital. Il s'agit d'une pièce enlevée du rectum d'une femme et pesant environ deux livres. La structure est constituée par des bandes de tissu connectif gélatineux avec des espaces contenant du liquide fluide.

Les renseignements sont trop imprécis pour qu'on puisse retenir ces cas.

Staëmmeler, d'ailleurs, estime que les fibro-myxomes sont rarissimes et qu'il s'agit le plus souvent non de vrais myxomes mais de productions fibreuses œdémateuses.

Pour résumer cette revue critique des observations publiées, nous pouvons, nous semble-t-il, considérer deux périodes dans l'histoire des tumeurs bénignes du rectum.

Dans une première période, qui va de 1847 à 1879, et que nous pouvons appeler période pré-histologique, les observations publiées ne sont accompagnées d'aucun examen microscopique détaillé. Les productions pédiculées du rectum forment un ensemble mal dissocié où l'on reconnaît assez mal ce qui est adénome et ce qui est fibrome ou fibro myome. On appelle ces productions « polype fibreux » ou « polype dur » ou « corps fibreux » et l'identification est faite sur la foi d'un examen macroscopique. L'aspect fibreux de la tumeur, sa dureté,

la coupe criant sous le scalpel, la couleur blanchâtre ou légèrement rosée, sont autant de signes qui décident de la classification.

Nous trouvons 6 observations publiées pendant cette époque : celles de Cambrai, de Huguier, de Verneuil, Houel, Malassez et la pièce du Musée Hunter.

Ce sont les observations que Longuet rejette comme inutilisables.

Dans une seconde période, qui va de 1879 à nos jours et qui commence à la publication de l'observation de Barnes, les examens histologiques sont presque constamment joints aux relations cliniques. Nous avons pu relever, pendant cette période, 34 cas de néoplasmes fibro-myomateux répartis de la façon suivante : 26 fibromyomes et myomes, il s'agit d'observations indiscutables, la réalité de ces tumeurs n'a d'ailleurs jamais été mise en doute ; 8 fibromes, observations de Barnes, Bowlby, Heurtaux (2 obs.), Péraire, Parsons, King, Verdelet.

Ici, il nous paraît nécessaire d'effectuer un choix rigoureux, ces observations n'étant pas d'égale valeur.

Nous en retiendrons seulement trois, qui sont détaillées et accompagnées d'examens histologiques probants, c'est-à-dire les deux cas de Heurtaux et celui de Péraire.

Nous ne pouvons pas rejeter sans appel les autres observations du cadre de notre étude et, en particulier, celles de Verdelet, de Parsons, de Bowlby, qui se présentent sous un aspect clinique comparable à celui des tumeurs que nous étudions.

Si nous ne les utilisons pas, ce n'est que pour éviter le risque d'une confusion possible entre des néoplasmes authentiques, fibromes ou fibro-myomes, et de simples productions fibreuses ou polypoïdes.

Personnellement, nous apportons comme contribution à l'étude de ces formations 5 observations (1). C'est un tout petit nombre eu égard au chiffre des malades inscrits à la consultation de notre maître le docteur Bensaude. Une simple comparaison fera mieux saisir cette disproportion. Alors que dans l'espace de treize ans nous avons relevé 953 cancers rectaux ou recto-sigmoïdiens et plus de 94 cas d'adénomes isolés, nous n'avons noté que cinq cas seulement de tumeurs bénignes fibromyomateuses du rectum.

Ceci ne fait d'ailleurs que corroborer l'opinion de tous les auteurs sur la rareté de ces variétés de néoplasies.

Parmi nos 5 observations personnelles, les trois premières concernent des tumeurs qui se présentaient sous l'aspect typique, habituellement décrit.

Dans les deux autres cas, au contraire, les néoformations avaient tous les caractères macroscopiques des productions fibroïdes inflammatoires rencontrées au niveau de la lisière ano-rectale. Seul l'examen histologique permit de les identifier.

Au total, déduction faite des observations douteuses,

(1) Nos observations personnelles ont fait l'objet d'une publication récente : Fibromes, fibro-myomes et myomes du rectum, par MM. R. Bensaude, A. Cain, A. Poirier, *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, n° 4, avril 1933.

nous présentons donc 34 observations réparties comme suit :

Fibromes purs.	5 cas
Fibro-myomes.	17 cas
Myomes purs.	11 cas
Non précisé.	1 cas
Total.	<u>34 cas</u>

III. — ÉTIOLOGIE

Nous avons relevé sur nos 34 observations 17 hommes et 17 femmes. L'affection atteint donc l'un et l'autre sexe avec une égale fréquence.

Ces tumeurs s'observent exclusivement chez les sujets adultes :

de 30 à 40 ans.	11 cas
de 40 à 50 ans.	13 cas
au-dessus de 50 ans.	6 cas

Une seule malade avait 21 ans. Les âges extrêmes ont été 21 et 85 ans. Dans trois observations l'âge n'est pas mentionné.

Le début réel de la maladie peut être antérieur à l'époque où les troubles sont apparus.

Nous n'avons rien retrouvé sur les causes ni sur la pathogénie de ces formations.

IV. — ÉTUDE CLINIQUE

Nous étudierons successivement, au cours de deux chapitres distincts, les tumeurs intra-cavitaires et les tumeurs intra-pariétales et extra-rectales.

Nous nous attacherons surtout à la description des tumeurs intra-cavitaires, d'un intérêt beaucoup plus immédiat pour le proctologiste, tant pour le diagnostic que pour le traitement.

1) FIBROMES, FIBRO-MYOMES ET MYOMES INTRA-CAVITAIRES

1^o Début

Le début réel de l'affection est généralement inconnu. Les fibromes et fibro-myomes du rectum ont, en effet, une évolution insidieuse, pendant une période plus ou moins longue. Cette période de latence correspond au temps exigé pour que la tumeur acquiert un certain volume. Elle est évidemment très variable suivant les cas. De toute façon, quand elles atteignent un degré de

développement assez considérable, ces néoformations ne sont plus tolérées sans troubles mécaniques sérieux.

Des symptômes importants traduisent alors leur présence.

2° Signes fonctionnels

Procidence

La procidence de la tumeur est une éventualité extrêmement fréquente puisque nous l'avons relevée, parmi nos observations, 10 fois sur 15 cas. Elle se produit suivant certaines modalités intéressantes à préciser.

La tumeur, en effet, sort de l'anus à l'occasion d'efforts abdominaux plus ou moins violents exercés par les malades. Il en résulte que c'est surtout au moment de la *défécation* que ces productions s'extériorisent. Les efforts nécessités pour faire sortir la tumeur peuvent être considérables et pénibles (obs. 3, 4, 10). Dans certains (obs. 11), la tumeur sort assez facilement mais exige cependant un certain travail pour franchir l'anus. Très souvent, les simples efforts accompagnant l'exonération physiologique suffisent à chasser la tumeur hors du rectum (obs. 1, 5, 9, 29).

Obs. 1 (HEURTAUX, 1900). — Fibrome pédiculé de l'extrémité inférieure du rectum.

Femme V..., 32 ans. Bien constituée, sans antécédents notables. Tumeur grosse comme l'index, ovoïde, insérée un peu au dessus du sphincter anal, à gauche et en arrière, par un pédicule gros comme un tuyau de plume, assez vasculaire.

Depuis un an, la malade présente de fréquents besoins d'aller à la selle ; depuis 6 mois, ces besoins sont continuels, il y a un véritable ténésme. Cependant, elle ne va en réalité qu'une fois par jour ; les matières sont *naturelles, moulées*, quelquefois accompagnées de sang en petite quantité. La tumeur sort en même temps que les matières et rentre aussitôt après la défécation. Au toucher rectal, on sent fort bien la tumeur ; elle est lisse, dure, peut être attirée au dehors, sa couleur est gris blanchâtre.

Opération le 1^{er} mars 1897 ; on saisit le polype avec une pince à traction, un double fil de soie est passé au milieu du pédicule, lequel est lié en 2 parties puis coupé entre la ligature et la tumeur.

Aucun incident après cette petite opération.

Examen de la tumeur fait par le Dr A. Malherbe :

Aspect macroscopique : Tumeur grisâtre, très blanche après action de l'alcool. Tissu se rétractant par dessiccation, ce qui rend la surface de la coupe cupuliforme.

Examen histologique : Des coupes ont été colorées au carmin aluné, d'autres à l'hématoxyline et au picro-carmin, d'autres au picro-carmin seul. Au carmin aluné, qui ne colore que les noyaux, on voit qu'une bonne partie de la surface de la coupe reste blanche et parsemée seulement de noyaux ronds fusiformes ou étoilés. Le tissu est parcouru par un très grand nombre de vaisseaux sanguins coupés sous diverses incidences, artères, veines ou capillaires. Souvent ces vaisseaux sont enveloppés d'un manchon de cellules embryonnaires. La coupe est limitée par un derme à nombreuses papilles, recouvert d'un épiderme épais. En examinant les préparations colorées au picro-carmin seul ou combiné avec l'hématoxyline, on voit que la partie qui restait incolore par le carmin aluné se colore fortement comme le fait le tissu fibreux. Nulle part, on ne trouve de faisceaux musculaires lisses. La tumeur est donc un *fibrome pur* avec vaisseaux légèrement irrités.

LES ACCOUCHEMENTS sont également une fréquente occasion de procidence pour ces productions. Ils peuvent révéler l'existence d'une tumeur jusque-là ignorée.

Obs. 2 (EARL, rapportée par Verne Hunt).

Une femme de 40 ans extériorisa au cours d'un accouchement une tumeur du rectum. Celle-ci sortit de l'anus au moment où la tête du fœtus approchait du périnée.

La tumeur mesurait $8,5 \times 6,5 \times 5$ centimètres. Elle était attachée au rectum par un simple pédicule qui fut sectionné.

Examen histologique : La tumeur était constituée par des fibres musculaires lisses et du tissu fibreux.

Il en était de même dans une des observations de Heurtaux (obs. 3).

Dans d'autres cas, la tumeur déjà prolabée à l'occasion des selles, sort une fois de plus au moment de la parturition (obs. 4 et 10). Ce phénomène se reproduit en général à chaque accouchement (obs. 3).

Le néoplasme sort, dans tous les cas, à la période d'expulsion. On conçoit aisément pourquoi : les efforts de la parturiente se combinant à ce moment aux effets de pression effectués sur le rectum par la tête fœtale.

Pour ces mêmes raisons, on comprend également que l'accouchement soit l'occasion déterminant la première migration à l'extérieur d'un néoplasme volumineux :

LA DÉFÉCATION reste cependant la cause habituelle de la procidence de la tumeur. Celle-ci se montre au moment des selles, qu'elle *précède toujours*. C'est, en effet, avant les matières que le fibrome ou le fibro-myome apparaît

à l'anus. Cette notion est précisée dans la plupart des cas (obs. 1, 3, 4, 5, 9, 11, 29).

Parfois, la tumeur forme un véritable bouchon derrière lequel s'accumulent les matières et celles-ci ne peuvent être évacuées qu'après le néoplasme.

Obs. 3. — (HEURTAUX 1900).

Fibrome du rectum à pédicule mince et large datant de 15 ans.

Madame M... ménagère, 44 ans. Embonpoint modéré, teint assez coloré, toutes les apparences d'une santé parfaite. Cette femme donne, avec beaucoup de précisions, les renseignements qui suivent : Son père et sa mère sont tous les deux morts de paralysie à 50 et 51 ans ; toute leur vie, ils s'étaient très bien portés. La femme M... elle-même a joui d'une santé parfaite pendant toute sa jeunesse. Réglée à 11 ans, elle l'a toujours été ensuite régulièrement jusqu'à sa première grossesse ; seulement, elle a toujours eu des douleurs extrêmement vives dans les 8 jours qui précédaient ses règles et qui cessaient dès la première apparition du flux menstruel. Elle a souvent eu, dans cette période, des hématomèses assez abondantes. Elle se maria en 1882 et eut une fille en 1884, suivie de deux garçons, en 1885 et 1889. Ses accouchements se passèrent bien mais, dès le premier, l'expulsion de l'enfant fut précédée de la sortie par l'anus d'une tumeur du volume d'un œuf, laquelle demeura retenue par un court pédicule fixé à l'intérieur du rectum. La sage-femme qui fit les 3 accouchements vit reparaitre à chaque fois cette tumeur mais ne s'inquiéta pas de la faire rentrer ; ce fut le mari qui, quelques heures après, prit le soin de la réduire lui-même à travers l'orifice anal.

Depuis l'époque de sa première apparition, cette tumeur ne cessa jamais de se présenter avant chaque garde-robe.

Les selles demeurèrent toujours espacées de 8 à 10 jours

et ne se produisirent jamais qu'avec l'aide d'un lavement.

La tumeur sortait la première assez péniblement, puis il y avait une abondante expulsion de matières durcies accompagnées d'une certaine quantité de sang, un petit verre en moyenne. La malade rentrait aussitôt sa tumeur mais la douleur l'obligeait à garder le lit pendant plusieurs heures, quelquefois même pendant une demi journée.

Cette femme dit avoir maigri d'une façon assez notable depuis 4 ou 5 ans. La menstruation est suspendue depuis un an. Quant à la tumeur, elle-même, elle n'a pas sensiblement augmenté de volume depuis son début.

Au toucher : elle semble comme lobulée ; le pédicule est fixé à la paroi latérale droite du rectum.

Opération faite le 24 mai 1899. Tumeur facilement amenée au dehors, grosse comme un œuf de dinde, à surface un peu lobulée, de couleur rougeâtre. Pédicule large de 4 à 5 cm. sur 1 cm. d'épaisseur ; il est inséré au-dessus des sphincters. La tumeur étant fixée avec une pince de Museux, le pédicule est lentement coupé au thermocautère ; 3 ou 4 vaisseaux sont saisis et liés au catgut. Pansement : mèche de gaze iodoformée.

Suites opératoires des plus simples. La malade sort de l'hôpital complètement guérie le 27 juin 1890. Elle va désormais à la selle facilement, sans aucune gêne.

Examen de la tumeur par M. le P^r A. Malherbe : la tumeur, grosse comme une petite pomme, pèse 41 gr. 50. Elle est recouverte d'une peau mince et ulcérée par places. Son tissu est dur, blanc-grisâtre ; sur la coupe, rosée par places, on distingue une structure fibrillaire. Ces faisceaux de fibres sont distribués irrégulièrement, sans ordre défini. La surface de section s'est rétractée et est devenu concave par l'effet de l'alcool. C'est l'aspect du tissu fibreux ou fibromuqueux.

L'examen microscopique des coupes montre une structure homogène : au-dessous d'un épiderme très altéré, on

trouve un tissu fibreux constitué non par de gros faisceaux, mais par un feutrage de très fines fibrilles, comme on en trouve dans certains fibromes mammaires et comme le tissu qui, à l'état normal, entoure immédiatement les acini de la glande mammaire. Ce tissu est criblé de petits trous vasculaires et sillonné par d'assez nombreux vaisseaux parallèles aux coupes pendant un certain trajet. Les cellules sont peu nombreuses ; ce sont des cellules fixes du tissu conjonctif et nulle part il y a de tendance à une transformation sarcomateuse. Les vaisseaux déjà cités sont des artères bien musclées, des veines et des capillaires dont quelques-uns très dilatés. Peut-être certaines lacunes que l'on aperçoit sont-elles des coupes de capillaires lymphatiques. Il y a quelques rares points hémorragiques. Le fait le plus intéressant à noter est la présence, autour ou dans le voisinage des vaisseaux, d'amas de cellules embryonnaires rondes indiquant un certain degré d'inflammation du tissu. En quelques points, il y a un véritable manchon de ces petites cellules rondes autour des vaisseaux.

En résumé : fibrome à très petits faisceaux, probablement un peu œdémateux à l'état frais, ratatiné par l'alcool ; pas de tendances sarcomateuses, aucun point myomateux. Légers foyers d'irritation autour des vaisseaux.

La réduction de la tumeur ne s'opère pas spontanément ; elle se fait seulement après la selle, sous l'effet des pressions pratiquées sur le néoplasme par les malades ou un assistant.

Elle est plus ou moins laborieuse. Dans un cas, après avoir été réductible à la main pendant plusieurs années, la tumeur refusa un jour de réintégrer le rectum et il fallut l'extirper.

Obs. 4. — (PÉRAIRE).[™]

Mme H... Joséphine, âgée de 38 ans, se présente le 24 août 1898 à la consultation de chirurgie de l'hôpital Bichat. Elle porte à l'anus une tumeur volumineuse. Cette tumeur, dépassant le volume d'une orange, est de couleur uniformément rosée à son sommet et de teinte violacée à sa base. Son sommet dirigé vers l'anus est appendu au rectum par un pédicule de 3 cm. de long et d'une épaisseur de 2 cm. 1/2 à peu près. Le pédicule est recouvert par la muqueuse rectale, fine, non ulcérée, sillonnée de gros vaisseaux turgescents.

Ce prolapsus de la muqueuse rectale est produit par le poids lui-même de la tumeur tirant sur le rectum.

Cette tumeur est régulièrement piriforme à son sommet, au point où elle est appendue au rectum. Elle ressemble à une énorme tomate. Sa base, d'une longueur de 10 centimètres, est aplatie, étalée, sillonnée de plis radiés, plus volumineuse dans son diamètre antéro-postérieur que dans son diamètre transversal et présente à son centre une ulcération du volume d'une pièce de 2 francs.

Cette ulcération, constituée par des bourgeons charnus aplatis, tranche par sa coloration franchement rougeâtre sur la surface blanc violacé située autour d'elle. La tumeur, au toucher, est très rénitente, très dure, nullement élastique. Pas de fluctuation, pas de bosselure. Cette tumeur se serait montrée depuis un an, de façon tout à fait intermittente, apparaissant quelquefois au moment des selles puis disparaissant ensuite. Elle était, au mois d'août 1897, du volume du pouce.

A cette époque, exactement le 19 août, la malade accoucha à terme d'un enfant vivant et la tumeur sortit du rectum (au dire de la sage-femme) au moment de l'expulsion du fœtus. La sage-femme put la rentrer de suite dans la cavité rectale. A partir de cette époque, la tumeur se maintint de nouveau dans le rectum et ne sortit pendant un an que trois ou qua-

tre fois, au moment d'une garde-robe. Les défécations étaient à chaque fois douloureuses et difficiles. En même temps, il existait des douleurs abdominales et de la constipation opiniâtre. Chaque fois, la malade put elle-même rentrer sa tumeur.

Au mois de février 1898, celle-ci avait le volume d'un œuf elle était couverte de matières fécales et sa teinte était rougeâtre, violacée. Elle s'accompagnait de suintements sanguins chaque fois que la malade voulait la rentrer, de sorte que Mme H... croyait avoir affaire à des hémorroïdes. La sage-femme l'avait d'ailleurs entretenue dans cette idée.

Jamais elle ne consulta ni médecin, ni chirurgien et elle ne se présente aujourd'hui à la consultation qu'à cause de la gêne produite par la tumeur pour s'asseoir, pour aller à la selle, pour marcher.

Lundi 22 août, la tumeur sortit brusquement de l'anus en allant à la selle. La malade s'aperçut qu'elle avait grossi considérablement et ne put la rentrer.

Elle était souillée de matières fécales et son expulsion fut si brusque que la malade allant à la selle sur un vase crut qu'elle y était tombée.

Aujourd'hui, la tumeur gêne la malade par son poids. Madame H... ne peut s'asseoir que sur une fesse. Hier, repos au lit forcé par suite des tiraillements produits par la tumeur dans la position debout.

Ce matin les selles se sont accomplies sans difficultés.

La malade est bien constituée, de bonne santé habituelle. Elle n'a pas d'hémorroïdes externes ni internes. Régée à 13 ans, facilement et sans douleurs, elle n'a eu aucune maladie ni de l'enfance ni de l'adolescence. Mariée à 25 ans, elle a eu 7 enfants. Elle a toujours eu de bonnes grossesses. Les accouchements n'ont été nullement laborieux. Mme H... a deux frères et deux sœurs bien portants. Son père est mort de la pierre à 72 ans ; sa mère, de bonne santé habituelle, a aujourd'hui 62 ans.

Donc, il n'existe dans les antécédents héréditaires de la malade rien qui puisse éclaircir la variété de la tumeur à laquelle on a affaire. Malgré cela, eu égard aux données cliniques, eu égard à la forme, à la consistance, au volume et au siège de la tumeur, le diagnostic que nous portons est : polype intermittent du rectum.

Opération : Après anesthésie locale à la cocaïne à 1 %, en injection hypodermique, après aseptie soignée de la région, avec l'aide de MM. Blotin et Erhmann, externes, nous taillons un lambeau en V aux dépens du pédicule de la tumeur en respectant les gros vaisseaux qui le sillonnent. Ceux-ci sont saisis dans deux doubles ligatures entrecroisées au fil de soie, puis coupés au thermocautère. Cette section suffit pour faire tomber la tumeur.

Le double moignon qui en résulte est complètement recouvert avec le lambeau en V. Celui-ci est lui-même suturé à la paroi rectale sous-jacente avec cinq crins de Florence.

De cette façon, l'hémostase est complète et l'opération a pu être faite pour ainsi dire à blanc. La malade est pansée avec du lint boriqué et de la vaseline et peut retourner en voiture à son domicile.

Le 29 août, nous revoyons la malade. Les sutures sont remontées trop haut dans le rectum pour qu'il soit possible de les enlever. A peine les sent-on avec l'extrémité de l'index introduit dans le rectum. La malade n'a eu ni fièvre ni douleur. Elle a pu vaquer à ses occupations dès le surlendemain de son opération et se déclare entièrement satisfaite.

Nous avons eu l'occasion de la revoir au mois d'octobre et au mois de décembre. La guérison est maintenue parfaite. Les selles s'accomplissent normalement et les fils de soie ainsi que les crins abandonnés dans le rectum ne la gênent en aucune façon. D'ailleurs, le doigt introduit ne les sent plus.

La tumeur ressemble à une grosse tomate, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Son poids est de 350 grammes.

L'examen histologique fut pratiqué par le Dr Mignot. Il s'agit d'un fibrome. La coupe indique du tissu fibreux disposé concentriquement et parallèlement. Pas de fibres musculaires lisses. Des vaisseaux sont très nettement constitués et assez volumineux, avec parois normales. L'épithélium de revêtement est formé de plusieurs couches superposées. Les couches profondes sont constituées par des cellules cubiques et les couches superficielles par des cellules de plus en plus aplaties. Absence totale de glandes.

Les coupes sont examinées par M. Letulle, qui reconnaît que la muqueuse présente des papilles en grand nombre.

Un caractère nous a paru intéressant à signaler : c'est la *Brusquerie* avec laquelle se produisent les migrations de la tumeur, à l'aller comme au retour.

En effet, nous avons fréquemment retrouvé ce détail que les malades signalent souvent d'eux-mêmes. Le néoplasme, sous la poussée des efforts de défécation, sort brutalement de l'anus, jaillissant comme une bille énucléée. Il rentre avec une égale brusquerie.

Un de nos malade précisait ses sensations qu'il avait fort bien analysées.

Obs 5 (*personnelle*) (*communiquée par M. le docteur André Cain.*

Un homme, âgé de 47 ans, vient consulter en juin 1931. Le début des troubles remonte à 7 ans. A ce moment le malade, au cours d'un ictère fébrile, aurait présenté des troubles douloureux de l'anus, accompagnés de phénomènes de pro-
cidence. Ces derniers accidents ont été attribués à une crise hémorroïdaire.

Depuis cette époque, le sujet a présenté de fréquents faux-
besoins et ressenti dans son rectum des douleurs sourdes, à

type de pesanteur, à la station debout. Les douleurs n'irradient pas. De plus, le malade souffre à chaque garde-robe et présente alors un syndrome bien net et qu'il décrit très précisément. En même temps que la selle, qui est évacuée brusquement, il a remarqué l'issue brutale par l'anus d'une masse dure qu'il considère comme une hémorroïde.

Après la selle, le malade prend un bain desîège et doit réduire cette petite tumeur qui ne rentre jamais seule.

La réduction s'effectue comme l'extériorisation, brusquement, donnant au malade l'impression d'une bille qui franchit d'une seule pièce le sphincter.

Ces phénomènes s'accompagnent de douleurs, surtout quand les hémorroïdes se tuméfient.

Le malade n'est pas constipé.

L'examen permet d'observer une saillie légère des hémorroïdes externes avec une petite thrombose située à gauche sur la circonférence anale et légèrement douloureuse.

Pas de spasme du sphincter.

Au toucher, le doigt entre en contact avec une masse dure, à surface lisse, arrondie, insérée sur la paroi rectale droite, à 4 centimètres au-dessus de l'anus. Le doigt ramène la tumeur et peut l'extérioriser.

Celle-ci est grosse comme une prune. Sa surface n'est pas ulcérée : la muqueuse qui la recouvre est d'aspect normal.

La tumeur se réduit brusquement à la pression.

Enfin, le néoplasme s'oppose à la progression du rectoscope, bien que la paroi rectale soit souple partout.

Opération (docteur Mondor). — Sous anesthésie générale, dilatation de l'anus et extériorisation de la tumeur. Excision d'une collerette de muqueuse à la base du pédicule. Celui-ci est très vasculaire. Ligature soigneuse des différents vaisseaux. Quelques points sur la muqueuse. Guérison sans incident.

Le soulagement fut immédiat et définitif. Il n'y eut pas

même lieu de traiter les hémorroïdes qui disparurent après l'ablation de la tumeur.

Examen histologique (Dr A. Cain). — Epithélium de revêtement pavimenteux, du type malpighien, disposé en mince couche régulière.

La masse de la tumeur est constituée par du tissu fibreux presque pur, dans lequel on isole quelques faisceaux très rares de fibres musculaires lisses ne présentant aucune orientation spéciale.

La trame collagène est tantôt fine, tantôt disposée en gros trousseaux. Il y a peu de noyaux.

Il n'y a que de rares infiltrats lympho-plasmocytaires sauf à la périphérie de la tumeur où ils sont un peu plus abondants.

Très rares capillaires embryonnaires. La plupart des vaisseaux sont du type adulte. Leurs parois sont bien distinctes et bien limitées. On retrouve aisément une musculature, une limitante élastique et un revêtement endothéliforme.

Tous ces vaisseaux sont perméables. Il n'y a pas d'hémorragie ni de nécrose.

A la périphérie de la coupe, on trouve un follicule pileux sans glande sébacée et une glande sudoripare.

FIBRO-MYOME.

Une autre malade, celle de Carlier (obs. 10), évacua si violemment sa tumeur qu'elle pensa que cette dernière s'était détachée et qu'elle était tombée dans le vase.

La procidence de la tumeur, ainsi que sa réduction dans le rectum, sont douloureuses dans un assez grand nombre de cas.

Les douleurs peuvent être légères (obs. 1, 9, 29). Elles peuvent, au contraire, être très vives. Ainsi la malade

de Heurtaux (obs. 3 déjà citée) était obligée de garder le lit pendant plusieurs heures, parfois même une demi-journée après les évacuations.

C'est surtout après la réduction du néoplasme que les douleurs se font sentir. Les masses les plus grosses, qui sont les plus pénibles à réduire, sont aussi les plus douloureuses. Les malades souffrent surtout de l'anus. Dans un cas (obs. 11) la malade se plaignait de douleurs limitées au côté droit de son rectum. C'était précisément de ce côté que s'insérait le pédicule de la tumeur.

Quelles que soient les variations de détail, les patients présentent du fait de leur tumeur de véritables selles en trois temps qui, avec les douleurs surajoutées, constituent une gêne sérieuse.

Dans quelques cas, l'exonération exige tout un rituel. La malade de l'observation 3 s'arrangeait pour n'aller à la selle que tous les 8 à 10 jours. Elle était obligée de prendre un lavement, la tumeur sortait après de pénibles efforts, puis venait la selle. Enfin, il fallait rentrer la tumeur. Un de nos malades, M. T... (obs. 29) se servait, pour rentrer sa tumeur, d'une petite bouteille qui lui servait de poussoir et qu'il avait trouvée particulièrement pratique pour cet usage. M. S... (obs. 5), était obligé après la selle de prendre un bain de siège pour favoriser la réintroduction de son néoplasme et rendre la manœuvre moins pénible.

Certains malades se retiennent d'aller à la selle. D'autres, au contraire, surveillent leur alimentation afin d'avoir des selles faciles et règlent leur intestin de

manière à se présenter à la garde-robe à des heures choisies par eux.

Les malades arrivent à être hantés par le souci de la selle, ce qui contribue peut-être, dans une certaine mesure, à exagérer leurs troubles.

En tout cas, et c'est là un caractère qui nous a frappé, la réduction de la tumeur obtenue, celle-ci *se maintient jusqu'à la selle suivante*. Il y a là une différence essentielle avec les prolapsus graves des hémorroïdaires, qui se produisent non seulement à la défécation mais aussi à la marche ou à la simple station debout.

Dans aucun cas, nous n'avons noté qu'il y avait eu procidence en dehors des selles.

La constipation.

Elle est très variable :

Elle peut être nulle et certains sujets exonèrent leur intestin quotidiennement et sans difficulté (obs. 1, 5, 9).

Dans quelques cas, la constipation survient par périodes irrégulières, entrecoupées d'intervalles pendant lesquels les selles sont normales (obs. 11 et 29):

Parfois cependant elle est opiniâtre (obs. 3, 4, 10).

Dans 3 cas seulement, la constipation, vraiment excessive, allant jusqu'à l'obstruction intestinale, fut le symptôme dominant de l'affection et les malades vinrent consulter parce qu'ils n'allaient plus à la selle.

L'observation suivante est un exemple de la gravité à laquelle peut atteindre la constipation.

Obs. 6 (HEURTAUX, 1887).

Le 18 août 1887, je suis appelé auprès d'une malade présentant depuis quelques jours des symptômes d'obstruction intestinale. Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans, assez amaigrie, bien portante, ayant seulement une légère tendance à la constipation.

Elle a eu 7 enfants, dont le dernier a 3 ans. Un mois après ce dernier accouchement, se montrent des troubles intestinaux ; constipation plus forte qu'auparavant, coliques passagères. Les matières expulsées sont restées naturelles, non déformées et aussi volumineuses qu'à l'état normal.

Les choses marchaient ainsi depuis 3 ans, lorsqu'il y a un mois s'est produite une aggravation notable ; la malade a souffert de coliques presque constantes, elle éprouvait le besoin d'aller à la selle, de faire des efforts ; il lui semblait que quelque chose allait sortir par l'anus. Depuis la même époque, il y avait chaque jour expulsion de mucosités et d'un peu de sang. Avec tous ces symptômes, les garde-robes étaient encore possibles mais, depuis 5 jours, il n'en est plus ainsi. Malgré tous ses efforts, la malade n'a eu aucune selle. Elle éprouve des coliques violentes qui lui arrachent dès plaintes et il est survenu des vomissements. Ceux-ci sont alimentaires et bilieux, sans caractère fécaloïde.

La malade a l'air fatigué, mais le visage n'est pas grippé. Le ventre globuleux, ballonné, est sonore à la percussion. La pression exercée sur différents points de l'abdomen n'est pour ainsi dire pas douloureuse. Le pouls est un peu agité, mais la température est normale.

Extérieurement, l'anus ne présente rien d'anormal. Mais en pratiquant le toucher rectal, on sent immédiatement au-dessus du sphincter une tumeur lisse, ovoïde, de consistance ferme et élastique, dont le doigt peut faire le tour et qui semble avoir le volume d'une poire de moyenne dimension. En enfonçant le doigt le plus profondément possible on sent le pédicule en haut et en arrière. Ce pédicule paraît

assez gros et on ne peut atteindre son point d'insertion aux parois de l'intestin.

Le toucher vaginal ne donne rien de particulier ; on sent la tumeur à travers la paroi du rectum, mais l'utérus est petit, très mobile et dans sa situation normale.

La malade n'éprouve aucune gêne pour uriner. Les jambes n'ont pas d'œdème.

Opération le 19 août. Sous anesthésie au chloroforme, on saisit la tumeur avec 2 pinces et on l'amène au dehors de l'anus. On voit alors le pédicule plus gros que le pouce, rouge foncé comme la tumeur, et à surface muqueuse. On traverse ce pédicule avec 2 fils de soie et on le lie en 2 portions au voisinage de la tumeur. La ligature est faite ainsi à 1 cm. de la tumeur, de crainte que le péritoine soit entraîné dans le pédicule. Section au thermocautère. Dans la surface de section, on voit un vaisseau gros comme une plume de corbeau et on le lie. On enlève les pinces et le pédicule remonte dans le rectum où le doigt a peine à l'atteindre.

Deux heures après l'opération, débâcle de matières solides demi-molles et liquides. Le soir, le ventre est aplati, souple. Rétablissement rapide et complet.

La tumeur enlevée a la forme d'un ovoïde un peu aplati, de surface parfaitement lisse, blanc grisâtre, de consistance ferme et élastique. Après quelques jours dans l'alcool, elle pèse 90 grammes et présente 8 cm. de longueur, 6 de large et 4,5 d'épaisseur.

A la coupe : caractères des myomes utérins avec des faisceaux concentriques, régulièrement disposés autour du centre.

Examen histologique fait par le Professeur Malherbe.

Il s'agit d'un fibro-myome. On trouve de très nombreux faisceaux musculaires lisses, parcourant la tumeur dans tous les sens. Entre ces faisceaux, qui sont relativement moins abondants que ceux du myome utérin, se trouve un tissu conjonctif fibrillaire peu colorable, très riche en cellules et

voisin du tissu muqueux. Dans d'autres points, il se rapproche assez du tissu de granulome. De nombreux vaisseaux artériels, veineux et capillaires, à parois assez épaisses et parfois bien musclées, parcourent le tissu en tous sens. Nous pensons qu'il convient de donner à cette tumeur le nom du tissu le plus élevé qui s'y trouve et d'en faire un myome. L'aspect des vaisseaux exclut toute idée de sarcome.

Le malade de Hill (obs. 7) présentait également une constipation considérable. Ce patient, malgré l'administration de lavements multipliés et l'absorption d'innombrables pilules purgatives drastiques, ne pouvait avoir de selles. Bien qu'il se présentât à la garde-robe 5 à 6 fois par jour, il ne pouvait rendre que des parcelles de matières.

A l'examen, on trouva une tumeur obstruant le rectum.

Il en était de même dans le cas de Tédénat (obs. 26) et là encore ce fut pour une constipation extrêmement rebelle et progressivement croissante depuis 6 mois que le malade vint consulter.

Quand il fut examiné, il n'avait pas eu de garde-robes depuis 5 jours. Il se plaignait de coliques, son ventre était ballonné et légèrement douloureux à la pression. Le malade avait essayé de s'administrer un lavement et, s'étant aperçu que le liquide ne pénétrait pas, il avait introduit dans son rectum une longue canule vaginale en gomme. Celle-ci avait buté contre un obstacle situé à quelques centimètres au-dessus de l'anus. Une légère perte de sang avait suivi cette exploration et peu après le malade, en faisant des efforts, évacuait une

masse charnue ayant à peu près la forme et le volume d'un œuf de poule.

Dans ces trois cas, la tumeur n'était jamais sortie du rectum. Il est curieux de remarquer que ce sont précisément les cas où la constipation était le plus marquée. Il existe donc un rapport étroit entre les troubles de l'évacuation des matières et la procidence de la tumeur. Quand cette dernière est aisément extériorisable, les selles sont normales, à cela près qu'elles sont précédées par la tumeur.

Au contraire, quand la tumeur ne peut sortir du rectum, elle constitue un véritable barrage s'opposant à la progression du bol fécal.

Le défaut de mobilité de la tumeur, dans ces cas, nous semble moins en rapport avec le volume du néoplasme qu'avec la brièveté du pédicule ou la hauteur de son point d'implantation dans le rectum.

Dans une seule observation, celle de Ball (obs. 27) la tumeur était sessile. Malheureusement l'auteur ne précise pas la nature des troubles présentés par le patient.

Nous n'avons pas noté qu'il y ait jamais eu de modifications de la forme ou du calibre des matières.

En dehors de la procidence et de la constipation, les autres troubles présentés par les malades nous semblent beaucoup moins importants.

Les douleurs

En dehors des douleurs qui accompagnent les migrations du néoplasme et que nous avons déjà signalées, elles sont très variables comme caractère et comme intensité.

Les douleurs abdominales à type de coliques sont signalées dans les cas de grosse constipation (obs. 6, 7). Quand l'évacuation du polype est très pénible, les malades peuvent présenter également quelques coliques (obs. 3, 4).

Au niveau du rectum, et en dehors des selles, les sensations douloureuses sont généralement sourdes et confuses. Les malades se plaignent surtout de ténésme. Rarement cette impression de corps étranger est permanente (obs. 1). En général, elle est surtout marquée en position debout (obs. 5 et 7).

Le malade de Hill (obs. 7) n'avait de ténésme que pendant la journée, au cours de ses occupations. La nuit, il se sentait bien et ne souffrait pas.

Les faux besoins sont rares.

Après les selles, les douleurs, comme nous l'avons déjà dit, peuvent se prolonger un temps plus ou moins long : une demi-heure (obs. 5), une heure (obs. 11), une demi-journée (obs. 3). Il est juste de faire remarquer que, dans ce dernier cas, la malade ne se présentait à la garde-robe que tous les huit jours.

Dans aucun cas, nous n'avons rencontré les douleurs suraiguës des crises fissuraires.

Les hémorragies

Elles sont très fréquentes ; nous les retrouvons dans 10 cas sur 15. Elles ne sont jamais très considérables. Dans une seule observation, celle de Tédénat (obs. 26), le malade saignait abondamment. Mais le plus souvent les rectorrhagies sont peu importantes. Elles accompa-

gnent les matières qu'elles tachent en rouge. Elles peuvent se voir à chaque selle ou au contraire ne se montrer que par intermittence. Certains malades n'ont jamais saigné.

Ces hémorragies nous paraissent surtout en rapport avec l'existence concomitante d'un bourrelet hémorroïdaire. En effet, dans presque tous les cas observés, les tumeurs étaient bien limitées en surface par une muqueuse intacte, non ulcérée et peu fragile. Une seule fois il est mentionné que la tumeur saignait en surface (obs. 10). Dans l'observation de Péraire (obs. 4), il n'existait pas d'hémorroïde ni interne ni externe, mais le néoplasme était ulcéré à la base.

On conçoit facilement que la présence dans le rectum d'une tumeur volumineuse apportant des troubles plus ou moins importants à la défécation, favorise la turgescence des veines hémorroïdales. De plus, au cours de leur migration à l'extérieur, ces néoplasmes de consistance très ferme ne manquent pas de traumatiser la muqueuse altérée et si fragile qui recouvre les hémorroïdes. D'où les hémorragies et peut-être aussi en partie les douleurs.

3° Signes physiques

L'examen de la marge anale ne montre généralement rien d'anormal. Dans certains cas, on notera seulement la présence de quelques hémorroïdes procidentes ou la trace d'une petite hémorroïde externe thrombosée (obs. 5).

C'est le toucher rectal qui donne les éléments du diagnostic. Les renseignements qu'il procure ne sont pourtant pas toujours évidents. La tumeur peut même passer inaperçue et il arrive que le doigt ne sente rien à un premier examen. Dans l'observation suivante, due à Hill, la tumeur n'était accessible que lorsque le rectum était rempli de matières.

Obs. 7. (HILL).

Un homme âgé de 36 ans se plaint d'une constipation s'exagérant progressivement depuis 4 ans. Elle en est arrivée à un tel degré d'acuité que le malade ne présente plus de selle normale et ne peut s'exonérer qu'avec l'aide de lavements renouvelés et de purgatifs drastiques. Il se présente à la garde robe 5 ou 6 fois dans la journée, mais il ne peut évacuer à chaque fois que de petites parcelles de matière.

De temps en temps il a présenté un peu de sang dans les selles.

De plus, le malade se plaignait de sensation de pesanteurs permanentes au niveau de son rectum. En position étendue, cependant, il se sentait bien. C'est ainsi que la nuit il ne présentait pas de ténesme. Amaigrissement de 30 livres pouvant être en grande partie attribué à l'abus vraiment excessif des pilules et des sels purgatifs auquel se livrait le malade.

Le toucher rectal permettait de noter des renseignements très intéressants.

Lorsque le rectum était vide, il paraissait normal, aussi haut que le doigt pouvait l'explorer.

Quand il était plus ou moins rempli de matières, le doigt butait sur une tumeur lisse, dure, donnant au toucher la sensation du tissu utérin.

Cette masse était située immédiatement au-dessus du

sphincter. Quand on accrochait la tumeur avec le doigt replié et qu'on faisait faire des efforts au malade, on pouvait voir une partie du néoplasme.

Opération : Après dilatation de l'anus, on constate la présence dans le rectum d'une tumeur irrégulière, un peu lobulée. Il fut difficile de lui faire franchir le sphincter au-dessus duquel elle était attachée par un pédicule large et étalé.

Extirpation après ligature de ce pédicule.

La tumeur avait grossièrement la forme d'un champignon et elle mesurait 3 pouces $1\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2} \times 2$.

Examen histologique : Fibres musculaires lisses, disposées en trousseaux, dont les axes sont parallèles les uns aux autres. Myome pur.

Dans la grande majorité des cas, le doigt bute sur le néoplasme situé au centre de la lumière de l'ampoule et placé plus ou moins haut. Parfois il est juste au-dessus du sphincter anal (obs. 1, 6, 8, 9), placé au niveau de la lisière ano-rectale.

Obs. 8 (*personnelle*).

Nous n'avons malheureusement pas pu retrouver l'observation clinique de ce cas.

Il s'agissait d'une tumeur dure, allongée, du volume d'un doigt de nouveau-né et de couleur blanc-jaunâtre. Le malade était syphilitique.

Examen histologique : La tumeur est formée par du tissu fibreux extrêmement dense et pauvre en éléments cellulaires, parcouru par quelques faisceaux musculaires lisses. La surface est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, un peu irrégulièrement soulevé par des papilles désordonnées mais simples et peu développées. En lui-même, cet épithélium est normal.

La tumeur peut être à 4 ou 5 centimètres ou à bout de doigt (obs. 5, 11, 26, 29). La tumeur est mobile et l'index peut, en général, la circonscrire et l'isoler des parois du rectum. Sa consistance dure, rénitente, est aisément appréciable.

Le doigt repère habituellement avec assez de facilité l'existence et le point d'implantation du pédicule. L'insertion de ce dernier peut être légèrement douloureuse (obs. 11).

Les parois rectales sont souples et mobilisables tout autour de la tumeur, ainsi qu'au point d'implantation du pédicule. En conduisant l'examen plus profondément, le doigt peut assez souvent passer au-dessus de la tumeur, et, se repliant en crochet, l'amener à l'extérieur (obs. 1, 5, 9, 29). Parfois cette manœuvre est impossible (obs. 6) ou ne peut être que partiellement exécutée. Dans le cas de Hill (obs. 7), en accrochant la tumeur et en faisant faire des efforts au malade, on n'arrivait à voir que le pôle inférieur du néoplasme.

Dans quelques cas, la tumeur était extériorisée au moment de l'examen. Parfois ce n'est qu'au cours de l'intervention, après dilatation de l'anus, qu'on a pu la voir.

De toute façon, quand ils sont hors de l'anus, les fibromes et les fibro-myomes du rectum se présentent sous l'aspect de masses assez régulièrement sphériques, comparées à des fruits dans presque toutes les observations. Ils sont appliqués plus ou moins étroitement contre l'anus dont ils cachent en général l'orifice.

Le *volume* de ces tumeurs est très variable, mais tou-

jours assez important. Tantôt grosses comme une prune (obs. 5) un index (obs. 1), elles peuvent atteindre des dimensions plus considérables : un marron (obs. 11), une poire (obs. 6 et 29), une pomme (obs. 3), une tomate (obs. 4). Dans un seul cas, la tumeur était beaucoup plus petite et ne dépassait pas le volume d'un petit doigt de nouveau-né (obs. 8).

La surface est le plus souvent régulière. Parfois, elle est légèrement lobulée (obs. 7).

Dans un de nos cas que nous rapportons ici, la tumeur était multilobée, formant une sorte de grappe de petites tumeurs dures réunies les unes aux autres. L'aspect était celui d'un gros polype sus-hémorroïdaire. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibrome.

Obs. 9 (*personnelle*).

M. de J... présente de fréquentes envies d'aller à la selle, avec ténésme et pertes glaireuses. Le colon iliaque est volumineux.

Au toucher, on sent à quelques centimètres de l'anus une masse mobile, résistante, insérée sur une muqueuse souple. Dans les efforts de défécation cette masse sort de l'anus. Elle se présente alors sous l'aspect d'une assez volumineuse tumeur multilobulée, constituée par des bosselures résistantes et recouvertes d'une muqueuse rosée.

La néoformation s'insère sur la paroi rectale par un pédicule allongé.

Ablation à l'anse diathermique.

Examen histologique : Dr. A. Cain. Sous une muqueuse pavimenteuse du type malpighien, normale, on trouve un tissu homogène, scléreux, semé de nombreux petits vaisseaux

non altérés qui s'entourent d'une infiltration lympho-plasmatique très dense.

Fibrome pur.

La *couleur* de ces tumeurs est plus ou moins soutenue. Généralement elle est pâle, comparable à la teinte de la peau (obs. 5 et 11). Parfois elle est rose (obs. 4, 6, 9, 29) ou rouge vif (obs. 10).

Dans nos cas, les tumeurs présentaient à l'extérieur une coloration sensiblement plus rouge que celle qu'elles avaient dans le rectum. Il nous a été facile de vérifier ces variations de teinte par l'examen endoscopique. Ce fait est probablement dû à la congestion de la tumeur, provoquée par l'étranglement du pédicule dans le canal anal.

La muqueuse en surface est lisse, légèrement humide, sans érosion (obs. 1, 3, 5, 9 et 29). Cependant, on peut voir en un point, surtout si la tumeur est prolabée depuis quelques jours, une zone ulcérée. La malade de Péraire (obs. 4), avait à la base de sa tumeur une ulcération de la taille d'une pièce de 2 francs. Elle était constituée par des bourgeons charnus franchement rougeâtres.

Dans un cas (obs. 10), la surface saignait sur toute son étendue.

En mobilisant latéralement la masse tumorale, on voit qu'elle est appendue à l'orifice anal par un pédicule filant dans l'intestin. Ce pédicule est plus ou moins volumineux. Il est peut-être long et grêle (obs. 1). Il peut être plus gros que le pouce (obs. 6). Il est, en général,

plissé suivant son axe longitudinal et l'anوس l'enserre comme une bague. La muqueuse qui le recouvre est fine et d'aspect comparable à celui de la muqueuse rectale.

Des vaisseaux plus ou moins gros et turgescents peuvent se voir à sa surface (obs. 4, 6 et 10).

A la palpation, les fibromes et les fibro-myomes sont indolores. Les tractions exercées sur le pédicule sont, au contraire, vivement ressenties par les malades.

De consistance dure, légèrement élastique, ils donnent au doigt l'impression de palper du tissu utérin.

Dans certains cas, le pédicule est pulsatile (obs. 4 et 10).

Nous rapportons ici l'observation de Carlier, intéressante en raison de la vascularisation assez considérable du néoplasme, ce qui est assez rare dans cette forme de polype.

Obs. 10 (CARLIER, DE ROULERS et VAN DER EPST (de Courtrai), *rapportée par Péraire*).

Il y a 5 ans, une jeune femme de 21 ans, primipare, accoucha très facilement d'un enfant mâle.

Au dixième jour, une métro-péritonite grave se déclara ; après 3 mois de maladie, elle se rétablit mais conserva toujours une grande sensibilité du ventre.

Au cours d'une deuxième grossesse, elle remarqua du sang dans les selles, qui devinrent dures et difficiles. Elle vint consulter le Dr Carlier, disant qu'elle perdait du sang dans les selles et qu'elle sentait une tumeur lui sortir par l'anوس. Il lui fut ordonné de petits lavements astringents qui diminuaient les pertes de sang sans les arrêter.

Le 24 août, elle accoucha et, en même temps, la tumeur

se porta hors de l'anus. La palpation du pédicule fit sentir une pulsation artérielle. La tumeur était rouge et boursoflée, d'un diamètre d'environ 3 centimètres.

Le 24 septembre, opération.

La malade se plaignait de gêne de l'excrétion des matières fécales, d'hémorragies abondantes, de sortie de la tumeur au moment des défécations. Elle fit, en effet, sortir la tumeur en faisant des efforts. Celle-ci, de la grosseur d'un œuf de poule, était rouge et saignante, pédiculisée, s'implantant au-dessus du sphincter interne de l'anus. Au toucher, on sentait une pulsation artérielle légère. On fit une ligature sur le pédicule et on enleva la tumeur avec l'écraseur de Chassaignac. La muqueuse, en se rétractant, fit détacher la ligature ; il n'y eut pas d'hémorragie. Quelque temps après, la malade était rétablie.

La tumeur fut durcie par l'acide chromique ; des coupes minces laissèrent voir au microscope du tissu formé de fibres musculaires lisses. Cette tumeur était donc un myoïde qui s'était développé par hypergénèse des fibres cellulaires que renferment naturellement les parois rectales.

Chez deux de nos malades (obs. 5 et 9) on pouvait aisément réduire la tumeur en exerçant sur elle une pression assez légère.

L'examen endoscopique est toujours très facile. Il arrive, cependant, que ces masses, très mobiles parfois, échappent à une première investigation trop rapidement conduite (obs. 29).

Le plus souvent, la tumeur est évidente, isolée dans le rectum, à la paroi duquel elle est rattachée par son pédicule. Le point d'insertion de celui-ci peut être aisément précisé. La muqueuse rectale, autour de la tumeur, est de coloration normale et la base du pédicule

se continue avec la paroi intestinale sans délimitation précise.

Dans un cas (obs. 5), la progression du rectoscope était arrêtée par la tumeur bien que les parois fussent souples tout autour. Dans tous les autres cas, nous avons pu franchir l'obstacle et nous assurer que la tumeur était unique.

Les malades que nous avons pu examiner présentaient des néoplasmes relativement peu volumineux, bien ronds et de surface régulière. Dans un cas (obs. 11), la périphérie de la tumeur était bosselée par plusieurs petits noyaux fibromateux secondaires, de la taille d'un haricot chacun. Aucune de ces tumeurs ne saignait.

Nous rapportons ici une de nos observations qui résume la plupart des caractères les plus typiques des tumeurs que nous étudions :

Obs. 11 (*Personnelle*) (fig. 1).

Mme P.... Âgée de 36 ans, vient nous consulter le 17 décembre 1932 parce qu'elle présente à l'anus une petite grosseur apparue pour la première fois il y a un an, légèrement douloureuse depuis 4 à 5 mois.

La malade, à qui nous demandons de préciser la nature des troubles qu'elle présente, raconte l'histoire suivante.

Au mois de février 1932, au cours d'une période de constipation qui l'obligea à *faire des efforts de défécation assez violents*, elle extériorisa brusquement par l'anus une petite grosseur. La tumeur resta appliquée contre l'anus et la malade fut obligée de la rentrer après la selle.

Mme P... pensa qu'il s'agissait d'une hémorroïde, d'autant plus facilement qu'elle remarqua la présence d'un peu de sang sur ses matières,

Par la suite, ces phénomènes se reproduisirent avec régularité et chaque selle *était précédée par l'issue de la petite tumeur qu'il fallait réduire après l'exonération.*

Les écoulements de sang n'étaient pas aussi réguliers et la malade n'en perdait que par périodes.

Mme P... veilla au bon fonctionnement de son intestin et à l'aide de laxatifs doux corrigea facilement une constipation intermittente. Malgré tout, la tumeur continua de sortir à chaque selle.

Entre temps, la malade ne souffrait pas. Elle ne présentait ni faux besoins, ni ténésme, n'éprouvait aucune sensation de pesanteur dans le rectum.

Cependant, vers le mois d'août 1932, la grosseur augmenta de volume et devint légèrement douloureuse aux moments de ses migrations. La tumeur sortait et rentrait moins facilement, franchissant brusquement à l'aller comme au retour l'anneau sphinctérien.

La malade souffrait dans son rectum *surtout à droite* et la douleur se prolongeait pendant un temps assez long (1/2 h. à 1 heure) après la selle. C'est alors que Mme P... vint consulter.

L'examen ne montrait rien d'anormal extérieurement.

Le toucher rectal réveillait une douleur du côté droit, la malade étant en position genu pectorale.

L'examen endoscopique permit de trouver avec la plus grande facilité une masse grossièrement sphérique, située dans l'ampoule rectale à 6 centimètres au-dessus de l'anus,

Cette tumeur était rattachée à la paroi latérale droite du rectum par un pédicule assez épais de 1 cent. 1/2 à peu près de longueur. A son point d'implantation, ce pédicule se continuait avec la paroi rectale sans démarcation précise.

La tumeur était blanchâtre, exactement gris-violacé. Elle était recouverte d'un revêtement lisse et non ulcéré.

Sa surface n'était pas régulière, mais bosselée par plu-

sieurs petites masses fibromateuses grosses comme des haricots.

Le volume de la tumeur était à peu près celui d'un marron.

La muqueuse de l'ampoule rectale était de coloration normale.

Il existait un bourrelet hémorroïdaire.

Opération (Dr Bréchet).

Après dilatation de l'anus, sous anesthésie générale, ligature du pédicule et ablation de la tumeur.

Examen histologique. — Dr André Cain.

L'épithélium qui recouvre la tumeur forme une mince couche régulière. C'est un épithélium pavimenteux du type malpighien.

La masse de la néoformation est constituée par un chevelu fin de collagène et d'assez nombreux faisceaux entrecroisés en tous sens, assez riches en noyaux fusiformes. La fuschine du Van-Gieson et le ponceau de la coloration trichromique de Masson sont fixés vivement.

De place en place, on trouve des infiltrats lymphoïdes et plasmocytaires, tantôt discrets et dispersés, tantôt plus denses et localisés au voisinage des capillaires.

Les vaisseaux sont nombreux. Ils se présentent en certains points sous l'aspect de capillaires adultes, avec revêtement endothélial bien constitué ; en d'autres points, ils rappellent les aspects qu'on retrouve dans les tissus granulomateux : absence de paroi propre, revêtement de cellules tuméfiées, lumière irrégulière et ramifiée, comme ménagée dans l'intervalle des cellules. C'est au voisinage de ces capillaires néoformés que se constituent des amas lymphoplasmocytaires très denses, nodulaires, simulant des follicules clos.

En aucun point, on ne retrouve de thrombose, d'hémorragie ou de nécrose. Aucune infiltration de polynucléaires n'est visible,

Il n'existe pas d'annexe sudoripare ni pilo-sébacée. Des coupes multiples n'ont pas montré l'existence de fibre musculaire lisse.

4° Signes généraux

Dans tous les cas, la santé des sujets était excellente. Seul le malade de Hill (obs. 7), présentait un amaigrissement de 30 livres, attribué par l'auteur à l'abus des purgatifs énergiques auquel se livrait le malade.

L'ablation de la tumeur fut toujours suivie dans tous les cas d'une guérison immédiate et définitive.

II. — FIBRO-MYOMES ET MYOMES INTERSTITIELS ET A DÉVELOPPEMENT EXTRA-RECTAL

1° Début

Il en est pour les tumeurs interstitielles et extra-rectales comme pour les tumeurs intra-cavitaires ; le début réel de l'affection est le plus souvent méconnu. Ce n'est que tardivement, quand le néoplasme a acquis un certain volume, qu'il manifeste sa présence par des troubles fonctionnels sérieux.

Ceux-ci sont extrêmement variés.

2° Signes fonctionnels

Découverte de la tumeur.

Elle constitue, dans quelques observations, le premier symptôme de la maladie,

Dans l'observation rapportée par Descœudres (obs. 19) l'existence de la tumeur fut révélée à l'occasion des rapports conjugaux. Il s'agissait d'une masse située primitivement dans la cloison recto-vaginale et qui, par la suite, se développa à l'extérieur. Elle ne donna lieu à aucun autre symptôme pendant toute la durée de son évolution.

Riedinger cite un cas dans lequel un fibro-myome volumineux du rectum fut une cause de dystocie au moment de l'accouchement. La malade avait présenté antérieurement six accouchements normaux et, jusqu'au moment du travail, sa tumeur était restée méconnue.

Obs. 12. (RIEDINGER).

Une femme de 38 ans consulta à l'hôpital le 28 octobre 1887. Elle avait eu six accouchements normaux antérieurement. A son entrée, elle était au terme d'une septième grossesse. Depuis 3 semaines, elle souffrait de l'abdomen. Le 25 octobre, c'est-à-dire 5 jours avant son hospitalisation, elle avait perdu les eaux.

A l'examen : L'abdomen était distendu par trois tumeurs. La première, de la dimension d'une tête d'enfant, était élastique et se contractait périodiquement; elle s'étendait jusqu'au rebord costal. Au-dessous, allant jusqu'au bassin, on trouvait une seconde masse plus grosse et plus dure. A côté de cette dernière, se trouvait une troisième tuméfaction étendue jusqu'à l'ombilic. Celle-ci disparut après catéthérisme et évacuation de 1 litre et demi d'urines albumineuses.

La paroi postérieure du vagin était prolabée et les grandes lèvres œdématiées. On pouvait à peine introduire deux

doigts dans le vagin en raison de la présence dans le petit bassin d'une tumeur fixée et immobile. Le toucher rectal permettait de sentir la face postérieure de cette tumeur, qui était lisse et recouverte d'une muqueuse mobile. La limite supérieure de cette masse ne pouvait être atteinte ni par le vagin, ni par le rectum, mais elle semblait se terminer au niveau du promontoire.

On fit le diagnostic de rupture de l'utérus avec tumeur de l'os coxal.

Laparotomie : Il y avait du gaz dans l'abdomen. Le fœtus était hors de l'utérus.

L'utérus était rompu à sa partie inférieure et la déchirure allait d'un ligament large à l'autre. Liquide fétide dans le ventre.

La femme mourut 9 heures après l'intervention.

Autopsie : On trouva un myo-fibrome de 20 centimètres de longueur sur 12 centimètres de large recouvert de péritoine et rattaché au rectum par son côté gauche.

Parfois, c'est à l'occasion d'un *examen gynécologique* qu'on décèle la présence de la tumeur :

Obs. 13 (GRADENWITZ, rapportée par Becker).

Femme de 41 ans.

A l'examen : On trouve un utérus rétro-versé, un peu augmenté de volume, peu mobile et fixé en arrière.

A gauche et en arrière de cet organe, se trouvait une tumeur de la dimension d'un œuf de poule, séparée de l'utérus, mais en connexion avec lui par un pédicule.

En mobilisant l'utérus, on faisait bouger également la tumeur. Sa dureté, l'absence de sensibilité laissèrent supposer qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire ou d'un myome de la paroi postérieure de l'utérus.

On fit une colpotomie et on essaya de libérer le corps

utérin ; celui-ci était adhérent et on fut obligé de faire une hystérectomie.

A ce moment, on s'aperçut que la tumeur était d'origine rectale. La séreuse fut incisée et on put décapsuler la tumeur sans léser la muqueuse du rectum. La plaie fut suturée.

Suites normales et guérison de la malade.

Examen microscopique : fibro-myome pauvre en vaisseaux.

Les signes rectaux

1° TROUBLES DE LA DÉFÉCATION. — Ils sont fréquents et généralement très prononcés (obs. 14, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 31, 32 et 33). Les malades éprouvent de grosses difficultés à exonérer leur rectum et le caractère mécanique de la constipation dont il souffrent ne leur échappe généralement pas.

Ces troubles s'exagèrent progressivement au cours de la maladie et peuvent aller jusqu'à l'obstruction intestinale.

Obs. 14 (MAC COSH, *rapportée par Péraire*).

Homme de 34 ans. Pendant quelques années, le malade se plaignit d'un peu de gêne dans son rectum et d'une difficulté croissante à l'évacuation. Il a noté que, dernièrement, ses matières fécales étaient devenues rubanées. Il vient au Presbyterian Hospital en juillet, n'ayant pas eu de garde-robe spontanée depuis quelques semaines, sauf quelques gaz et un peu de liquide depuis 12 ou 14 jours.

En examinant le rectum, on trouva une tumeur dure sur la paroi postérieure, juste au-dessus de l'anus, dans l'excavation sacrée. A trois pouces au-dessus de l'orifice anal, le rectum était oblitéré de manière à ne laisser passer que le bout du petit doigt.

La muqueuse semblait adhérer avec la tumeur, ce qui donna à penser à une tumeur maligne. Le rectum et le côlon étaient remplis de matières dures.

Opération : Colostomie inguinale gauche, suivie d'évacuations pendant une demi-journée.

Le 10 juillet, opération radicale. Incision depuis le bord postérieur de l'anus jusqu'au sommet du sacrum. Le coccyx est enlevé. On met à nu une tumeur dure, adhérente à la paroi postérieure du rectum, s'étendant depuis le milieu du sacrum jusqu'à un pouce de l'anus. Elle est facilement libérée vers les parois postérieure et latérale mais, en avant, adhère à la muqueuse sur une étendue de trois pouces.

Par la dissection, on ouvre le rectum. La paroi postérieure fut suturée. Section du sphincter.

Le sphincter ne fut pas réuni, 6 semaines après, fermeture de l'anus iliaque.

Examen anatomo-pathologique : Tumeur grosse comme une noix de coco.

Fibro-myome partant de la tunique musculieuse du rectum et se détachant de sa paroi postérieure.

L'examen histologique fut pratiqué par le Dr Thaker.

Les fèces sont parfois modifiées de calibre et de forme. Elles étaient laminées dans l'observation de Mac Cosh que nous venons de citer. Le patient de John Berg (obs. 21) était diarrhéique, mais il s'agissait d'une diarrhée entretenue par le malade qui ne pouvait évacuer que des selles liquides. Ses matières étaient laminées dès qu'elles prenaient quelque consistance.

Dans la grande majorité des cas, sans être aussi accentuée, la constipation est cependant opiniâtre et les malades sont assujettis à l'usage des laxatifs. Ils ont l'impression de ne pas vider leur rectum et ils per-

çoivent confusément qu'un obstacle s'oppose au passage des matières (obs. 31, 32, 33).

Certains sujets vont, au contraire, facilement à la selle (obs. 12, 17, 19, 25).

2° LES DOULEURS au niveau de l'anus et du rectum accompagnent souvent la défécation. Elles sont généralement sourdes et obtuses et consistent surtout en impressions gênantes de corps étranger intra-rectal (obs. 31 et 32). Elles peuvent être pourtant assez vives (obs. 20).

3° LES HÉMORRAGIES. — Elles sont relativement fréquentes ; nous les avons retrouvées 7 fois sur 19 observations. Dans un cas, la rectorrhagie fut considérable et constitua le signe révélateur de l'affection, bien que la muqueuse rectale sus-jacente fut intacte.

Obs. 15 (VERHOOGEN).

H... Charles, 55 ans, tempérament très nerveux, souffre de troubles gastriques depuis 10 ans. Il y a un mois, en se mettant un lavement chaud, il a été pris d'une hémorragie rectale abondante. Son médecin déclare qu'il aurait bien perdu un litre de sang. Le Dr Hagemayer, appelé à l'examiner, constata la présence d'une tumeur du rectum et lui conseilla de se faire opérer.

Le malade entre à l'Institut le 10 mai. Il n'a plus eu d'hémorragie depuis ce premier accident. On constate par le toucher rectal qu'il existe sur la face antérieure du rectum, dans la partie qui correspond à la face postérieure de la prostate, une tumeur sphérique de la dimension d'une mandarine. Cette tumeur est recouverte par une muqueuse lisse non adhérente : elle est elle-même légèrement mobile sur la face postérieure de la prostate. Elle obstrue complètement

le rectum ; cependant, avec l'index, on arrive à la contourner et à la dépasser vers le haut. Il existe une légère constipation qui cède facilement à l'emploi des laxatifs légers.

M. H..., qui est cependant très impressionnable, est physiquement peu incommodé par sa tumeur.

Opération le 13 mai : Incision transversale en avant du rectum. Cette incision est prolongée dans la profondeur comme pour pratiquer une prostatectomie périnéale. Le rectum est facilement décollé de la prostate, puis la tunique musculaire du rectum est incisée transversalement au niveau de la tumeur. Celle-ci se détache facilement de la muqueuse rectale et s'énuclée sans que l'intestin soit ouvert. La musculature rectale est alors suturée et la plaie refermée avec drainage.

Les suites opératoires sont normales et le malade sort guéri au bout de 15 jours.

L'examen de la tumeur, fait par le Dr de Graeuwe, montra qu'il s'agissait d'un leiomyome typique.

Cette tumeur est sphérique, ayant le volume d'une petite mandarine. Elle est de consistance dure. A la section, elle apparaît formée d'un tissu grisâtre, jaunâtre par places avec, à la périphérie, en différents endroits, des foyers hémorragiques. A ce niveau, la tumeur est moins dure.

A l'examen microscopique : On constate que la tumeur est constituée par des faisceaux de fibres musculaires s'entrecroisant sans ordre, en différents sens. A un plus fort grossissement, on constate que les éléments constituant ces faisceaux sont allongés, fusiformes, à extrémités parfois arrondies, présentant vers leur partie centrale une portion plus renflée. Ces cellules ont leur grand axe dirigé dans le sens des faisceaux et l'extrémité d'une cellule correspond à la partie médiane de l'autre, de sorte qu'elles sont enchevêtrées. Les noyaux, peu apparents, sont uniques ou multiples, occupant en général le centre de la cellule. Le proto-

plasme, granuleux, ne présente pas de striation. Entre les cellules existe une substance intercellulaire fibrillaire peu abondante, très peu dense.

Au niveau des foyers hémorragiques, on constate l'existence de foyers de nécrose parfois assez étendus. Ceux-ci existent principalement à la périphérie de la tumeur.

En général, les hémorragies sont beaucoup moins importantes (obs. 20, 21, 22, 28, 31, 33).

Ici encore, il est vraisemblable de supposer que les hémorroïdes concomitantes expliquent en partie ces rectorrhagies. Cependant, nous devons faire remarquer que, dans quelques cas, la muqueuse recouvrant la tumeur était ulcérée et saignante (obs. 21, 22, 28, 31).

Les signes de compression intra-pelvienne.

Ils ne sont généralement pas isolés et s'accompagnent de signes rectaux associés. Mais ils peuvent prédominer au point de faire oublier les précédents.

a) LES PHÉNOMÈNES DOULOUREUX A DISTANCE sont fréquents et de localisation variable.

Le malade de V. Hunt (obs. 24) souffrait au niveau des deux plis inguinaux ; il est vrai qu'il présentait deux hernies inguinales. Dans le cas de Fried et Stone (obs. 20), la patiente se plaignait de la région lombaire et souffrait également à la racine des cuisses. Parfois c'est le pelvis et le bas-ventre qui sont douloureux (obs. 30).

Nous rapportons ici l'observation de Westermarck, intéressante parce que les douleurs, très vives à la station debout, disparaissaient au contraire au repos.

Obs. 16 (WESTERMARK). (*Résumée*).

Une femme de 49 ans a déjà eu deux accouchements normaux, dont le dernier remonte à 23 ans.

Ménopause à 40 ans.

Dans les deux dernières années, elle a présenté quelques hémorragies assez abondantes et douloureuses. Depuis un an et demi la malade se plaint de douleurs vives dans le bas-ventre et la région sacrée. Ces douleurs s'accroissent quand la malade remue, se calment au contraire quand elle est au repos.

De plus, elle présente une constipation opiniâtre avec ténesme vésical. Elle est légèrement anorexique.

Pendant l'année qui précède l'examen, la malade a remarqué que son ventre augmentait de volume.

Le 6 novembre 1893, elle consulta et on trouva à la palpation une tumeur dure et lisse. Cette tumeur s'étendait à droite et en haut vers la région ombilicale.

L'examen des organes génitaux permet de noter un prolapsus des faces antérieures et postérieures du vagin. Le col utérin est derrière la symphyse. L'utérus est mobile. Dans le cul-de-sac postérieur, au niveau du col, on trouve une tumeur de consistance dure, à surface bosselée.

Au toucher rectal on sent également cette tumeur.

L'inspection du ventre permet de noter, à droite de la ligne médiane, une sorte de tuméfaction qui a la dimension de la paume de la main et qui s'étend vers la région ombilicale. À gauche, on trouve une masse comparable, mais de volume inférieur.

À la palpation, on sent qu'il s'agit d'une tumeur aplatie, divisée en deux parties par un sillon.

Cette tumeur s'étend à quelques travers de doigt au-dessus de la région ombilicale. En bas, elle se continue par une partie amincie dans la moitié droite du bassin.

Cette tumeur est élastique et donne une impression de pseudo-fluctuation.

L'utérus est un peu gros et remonte à un travers de main au-dessus du pubis. Il est mobile et de consistance normale.

En palpant la paroi postérieure du vagin, on sent le segment inférieur de la tumeur abdominale ; celle-ci semble provenir des annexes droites.

Le toucher rectal apporte les mêmes renseignements.

Opération le 28 février 1894 : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine est épaissi. Evacuation d'un peu d'ascite de couleur brunâtre. La tumeur n'adhère pas à la paroi. Elle a le volume d'une tête d'homme, irrégulièrement arrondie et située à droite de la ligne médiane. La surface est de couleur noirâtre, bosselée par places. Cette tumeur est fluctuante et la paroi est fragile par endroits, à tel point que la mobilisation provoque des fissures de la paroi et des hémorragies difficiles à arrêter à cause de la fragilité des tissus.

La libération de la vessie, la trompe, l'angle sigmoïde, fut faite rapidement, ce qui permit de comprimer le pédicule et d'arrêter l'écoulement sanguin dont elle était le siège. Le pédicule fut lié provisoirement avec une soie, puis la tumeur fut enlevée. Mais pendant la libération, la tumeur fut crevée à certaines places, d'où s'écoula de la sérosité analogue à celle qui était déjà évacuée dans l'abdomen.

L'intestin grêle fut également blessé au cours de cette libération, ce qui nécessita une fermeture de la plaie intestinale par des points de Lembert

En examinant le pédicule, on constata qu'il se portait dans le Douglas et se continuait avec la paroi antérieure du rectum, à peu près au niveau du promontoire. Le toucher rectal fait par un assistant démontra que la paroi rectale se prolongeait dans la base de la tumeur. La ligature primitive fut enlevée, les vaisseaux furent liés, mais il fut impossible d'enlever les tissus néoformés sans intéresser le rectum.

On enleva également la trompe droite. La trompe gauche était normale.

Comme une perforation rectale était à redouter, le Douglas fut tamponné à l'aide d'une mèche qui fut amenée par son extrémité à l'angle inférieur de la plaie. Fermeture du ventre en 3 plans.

Suites : Accidents infectieux, température à 40°, pouls 130. Mort le quatrième jour de péritonite et d'occlusion.

Examen macroscopique : La tumeur elle-même était de consistance variable, suivant l'endroit considéré ; mince de 1 centimètre par places, ferme et lisse ailleurs, sillonnée dans son intérieur de cloisons dont beaucoup avaient été détruites par l'opération.

A l'autopsie, on retrouve à 13 centimètres de l'orifice anal sur la paroi antérieure du rectum, le pédicule de la tumeur, de la grosseur d'une noix, formé d'une masse très rouge et couverte d'un exsudat fibrineux.

Examen histologique, pratiqué par le Dr E. Salen.

Les coupes des différentes parties de la paroi montrent une couche de tissu conjonctif et dans cette couche, en général bien marquée, on trouve des vaisseaux.

A l'intérieur de la tumeur, par places, épanchements sanguins ; par endroits aussi du tissu nécrosé. La trame est constituée par des cellules fusiformes musculaires lisses, avec leur noyau caractéristique. Au niveau du pédicule, les fibres musculaires se continuent avec celles de la paroi rectale.

Il s'agit donc d'un myome. Prédominance très nette du tissu musculaire ; peu de tissu conjonctif.

b) LES TROUBLES URINAIRES peuvent être le premier signe révélant l'existence de la tumeur.

Il en était ainsi dans le cas suivant :

Obs. 17. — (PFANNENSTIEL, rapportée par BECKER).

Une femme de 35 ans souffrait depuis 4 mois de troubles dysuriques s'aggravant progressivement. Quand elle con-

sulta, elle présentait une rétention d'urine complète, nécessitant des catéthérismes.

A l'examen, on trouva dans le petit bassin une tumeur enclavée, de la dimension d'une tête d'homme. L'utérus était repoussé en avant et à droite. Les annexes n'étaient pas perceptibles.

On trouva une seconde tumeur dans l'abdomen, située au-dessus et à droite de l'ombilie et de la grosseur d'une tête d'enfant. Cette deuxième masse n'avait aucune connexion avec la première.

On fit le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Opération : La tumeur abdominale se trouvait en arrière du côlon descendant qui se trouvait repoussé à droite. On extirpa le néoplasme après section du mésentère. Il était retenu par un petit pédicule rattaché à la paroi postérieure du côlon.

La tumeur pelvienne était à gauche et en arrière de l'anse sigmoïde et du rectum. Elle était immobilisée dans le petit bassin et comprimait la partie inférieure de la vessie. Elle se trouvait exactement dans le tissu cellulaire péri-rectal, d'où elle fut extraite. Bien qu'on ne lui trouva pas de connexion très nette avec le rectum, l'opérateur estime qu'elle provenait très vraisemblablement de cet organe. Guérison.

Examen macroscopique : Myome.

Dans la première observation de V. Hunt (obs. 24), le malade présenta trois crises de rétention aiguë en trois semaines. Nous rappelons que, dans le cas de Westermarck (obs. 16) en plus des douleurs, la malade se plaignait également de tenesme vésical.

c) UNE VOLUMINEUSE ASCITE ET L'ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS peuvent également traduire la présence d'un fibro-myome du rectum.

Obs. 18. — SENN, *rapportée par PÉRAIRE*).

Femme de 45 ans, très anémiée, avec ascite et œdème des membres inférieurs jusqu'au bassin. Deux ans auparavant, on avait porté le diagnostic de tumeur du bassin.

Après ponction et évacuation de l'ascite, on constate une tumeur volumineuse, solide, siégeant dans la partie inférieure gauche de l'abomen.

L'exploration bi-manuelle montre un utérus de dimension normale mais refoulé vers la droite et comprimé en haut par une tumeur solide.

Aucune connexion ou adhérence directe de cette tumeur avec l'utérus ne peut être perçue. L'ovaire droit était de volume normal, l'ovaire gauche non perceptible. La tumeur était mobile et pouvait être distante du vagin de quelques pouces. Il n'est pas fait mention des renseignements fournis par le toucher rectal. Senn porte le diagnostic vraisemblable d'une tumeur solide, soit de l'ovaire gauche, soit du ligament large.

Opération le 24 avril 1890 : Laparotomie médiane sous-ombilicale, permettant l'introduction de la main. Ecoulement de sérosité. L'utérus et les annexes sont sans connexion avec la tumeur. Celle-ci était dure au toucher, avait une couverture péritonéale, ne contractait pas d'adhérence avec les parties voisines. Vers le bassin, elle s'amincissait jusqu'à sa base située sur la ligne médiane, large de 6 centimètres. Ce pédicule fut lié, puis excisé en trois faisceaux.

La tumeur enlevée, on reconnut qu'un peu de matière sale s'écoulait dans le bassin, qui fut nettoyé avec une éponge. Or, cette base qui avait été liée comprenait la paroi rectale et communiquait avec le rectum, au fond du bassin, au niveau du cul-de-sac.

Un large drain fut introduit dans le rectum jusqu'au voisinage de l'anse sigmoïde et sur celui-ci ; après désinfection minutieuse, la perforation du rectum fut fermée par des points de Lembert,

Après un nettoyage soigné de la cavité abdominale, un drain de verre entouré de gaze iodoformée fut conduit jusqu'au voisinage du rectum et fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Guérison.

Examen macroscopique : La tumeur pesait 12 livres, était à peu près ronde et recouverte de péritoine jusqu'à l'endroit où elle adhérerait au rectum.

Examen microscopique : Fibro myome peu vasculaire, avec prédominance du tissu fibreux, se continuant avec la paroi antérieure du rectum.

3^e Signes physiques

L'examen des malades porteurs d'une tumeur fibromyomateuse interstitielle ou extrarectale propose des difficultés très variables suivant les cas.

La tumeur peut être évidente à l'inspection, déformant de façon plus ou moins discrète la région périnéale ou vulvaire.

Il en était ainsi dans le cas rapporté par Descœudres où la tumeur, monstrueusement développée, pendait entre les jambes de la malade.

Obs. 19 (DESCŒUDRES).

Mme X..., âgée de 47 ans, est robuste et jouit d'une excellente santé. Elle a eu trois accouchements normaux, le dernier il y a 12 ans. A part un carcinome du sein chez une grand'mère, la malade ne connaît pas d'autres cas de tumeurs dans la famille. Un de ses enfants est mort d'une méningite tuberculeuse.

La malade affirme n'avoir jamais été malade. Les règles ont toujours été très régulières. Elle n'a jamais souffert ni de

constipation, ni de trouble de la défécation, ni d'hémorragies rectales. Du côté des fonctions urinaires, elle ne signale aucun trouble non plus.

Depuis quelques années, lors du coït, son mari avait perçu une résistance anormale à la partie postérieure du vagin. La malade elle-même commença à s'apercevoir de sa tumeur il y a 4 ans ; c'était à ce moment une petite grosseur sous-cutanée du volume d'une noix, située en avant et à gauche de l'anus. Peu à peu, pendant ces quatre années, la tumeur s'accrut, faisant dans la région ischio-périnéale gauche une saillie de plus en plus considérable, dont le volume seul gênait la malade lorsqu'elle voulait s'asseoir. C'est seulement lorsque la tumeur atteignit la grosseur d'une tête d'enfant que la malade se décida à la montrer à son médecin, M. Matile, qui lui conseilla une opération immédiate et voulut bien me l'adresser.

La malade est très pusillanime et difficile à examiner. Elle se décide avec peine à exhiber sa tumeur, dont la présence ne se révèle pour ainsi dire pas lorsqu'elle est vêtue. La marche n'en est que fort peu gênée. La malade s'assied même sur sa tumeur sans ressentir aucune douleur, comme si elle s'asseyait sur un coussin pour s'exhausser. L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne révèle rien d'anormal.

Examen local : Lorsqu'on examine la malade debout, on constate que la fesse gauche paraît se prolonger en bas en une tumeur allongée, ovoïde, qui pend le long de la face postérieure de la cuisse gauche en recouvrant en partie aussi la cuisse droite. La surface de cette tumeur est bosselée ; la peau est amincie, mobile sur la tumeur, parsemée d'énormes veines bleues. A la face interne sur une étendue de la grandeur de la paume de la main et à partir de la marge anale, c'est la muqueuse ano-rectale qui remplace la peau attirée au dehors en éventail par la traction de la tumeur,

Les limites sont assez nettes en dedans, formées par le pli fessier et l'anus ; en avant, la tumeur s'étend jusqu'au niveau de la grande lèvre gauche ; en dehors et en arrière, elle paraît se continuer sous la musculature de la région fessière, sans que l'on puisse reconnaître à quelle profondeur elle s'étend.

La consistance de la tumeur est dure, par places ligneuse, par places plus élastique. On sent qu'elle est formée de quelques noyaux volumineux, durs, séparés par des sillons peu profonds.

Mobile sur son point d'attache, elle peut être fléchie dans tous les sens ; elle est cependant fixée en haut dans la profondeur.

La palpation et la mobilisation de la tumeur ne provoquent aucune douleur.

Par le toucher rectal, on sent la tumeur remonter le long de la paroi antérieure et latérale gauche du rectum sous forme de noyaux durs et arrondis, sans qu'on puisse atteindre avec le doigt leur limite supérieure. Le toucher vaginal est aussi difficile : on ne peut arriver jusqu'au col de l'utérus, à cause des noyaux néoplasiques qui remplissent le septum recto-vaginal.

On constate, en outre, un œdème dur, modéré et diffus de la jambe droite.

Le diagnostic de tumeur solide de la région ischio-rectale est posé sans que l'on se hasarde à préciser son origine et sa nature exactes.

Opération le 15 juin 1909. Morphine 1 centigramme. Anesthésie à l'éther. Une incision elliptique près de la base de la tumeur, à grand axe antéro-postérieur, permet d'arriver directement sur la masse néoplasique, qui est peu à peu isolée du côté de son insertion profonde. Chemin faisant, on procède à la ligature d'énormes troncs veineux sous-cutanés ; on arrive avec peine à isoler enfin la presque totalité de la tumeur de son entourage et elle se trouve ainsi sus-

pendue encore à un large pédicule fibreux de la grosseur de trois doigts, qui s'enfonce dans la profondeur sur le côté gauche du rectum auquel il adhère légèrement ; ce faisceau fibreux est sectionné, ce qui permet de débarrasser le champ opératoire de la tumeur lourde et encombrante, qui tombe ainsi avec une bonne partie de la peau qui la recouvrait.

En introduisant alors la main dans le vagin, on sent que d'autres masses arrondies, bosselées, remplissent l'espace recto-vaginal très haut et l'on atteint facilement maintenant le col de l'utérus ; cet organe, en légère antéversion, est complètement indépendant de la tumeur ; avec cette main vaginale, on aide à l'énucléation de trois masses néoplasiques, que l'autre main, introduite entre le rectum et le vagin, va cueillir et ramène à l'extérieur. Chacun de ces fragments de la tumeur est relié aux voisins par des pédicules fibreux, larges et peu vasculaires et d'une façon plus intime à la paroi rectale. Au cours de l'énucléation assez laborieuse de l'une de ces tumeurs particulièrement adhérente au rectum, cet organe se trouve déchiré sur une longueur de 3 centimètres environ, au niveau de la paroi antéro-latérale gauche de l'ampoule, à 8 centimètres de l'anus. Finalement, toujours au moyen des mêmes manœuvres, on réussit à attirer au dehors une dernière portion de la tumeur, de la grosseur et de la forme d'un œuf de poule, située très haut, directement sous le péritoine du Douglas ; que l'on réussit à décoller sans l'ouvrir lors de l'énucléation. Cette masse ovoïde, à surface lisse est elle-même attachée encore à la partie supérieure du rectum au moyen d'un pédicule allongé, gros comme le petit doigt, qui est sectionné très près du rectum. La déchirure rectale est recousue en deux plans au catgut, la plaie drainée au moyen d'un gros tube de caoutchouc, et les muscles du plancher pelvien sont suturés. Sur la peau, on place des agrafes de Michel et, dans l'anus, un tuyau pour le passage des vents.

Les suites opératoires furent bonnes, sauf une élévation

de température vespérale pendant les 5 premiers jours.

Malgré cela, la suppuration fut minime par l'orifice du drain. Le septième jour, une purgation donna lieu à des selles très fréquentes que la malade ne peut contenir. Les jours suivants, déjà, l'anus devint plus continent et, sauf une petite fistule stercorale, qui guérit d'ailleurs en deux ou trois semaines spontanément, la réunion de la plaie se fit sans encombre, si bien qu'il en résulta finalement une cicatrice rectiligne de 10 centimètres de longueur, située à gauche de l'anus et du périnée et parallèle au pli fessier.

Lever au 9^e jour.

La malade est revue au bout de deux mois. Elle se porte à merveille. L'examen vaginal et rectal ne montre rien de particulier et c'est à peine si l'on remarque la cicatrice opératoire. L'anus fonctionne normalement ; selles régulières. Il subsiste de l'œdème dur de la jambe droite, sans que la cause de cet œdème puisse être bien déterminée.

Description de la tumeur. — La masse principale extirpée, dont la plus grande partie était extérieure, est recouverte de la peau de la région, très amincie par places, et de la muqueuse ano-rectale distendue et attirée sur la face interne de la tumeur. Celle-ci est du volume d'une grosse tête d'enfant et pèse, avec les annexes enlevées ensuite, 6 kilogrammes. Elle constitue une masse ovoïde, bosselée, divisée en plusieurs noyaux arrondis, séparés par des travées fibreuses. Extérieurement et à la coupe, l'aspect est celui d'un fibrome utérin.

Il en est de même des quatre autres portions de la tumeur extirpées après coup ; elles atteignent chacune un volume variant de celui d'un œuf à celui d'une orange.

L'examen microscopique dont a bien voulu se charger M. Huguenin, de Genève, a montré qu'il s'agit d'un fibromyome, constitué par des fibres musculaires lisses et des fibrilles conjonctives, ayant subi par places, les unes et les autres, une espèce de dégénérescence hyaline ; les vaisseaux

sanguins sont généralement nombreux. La structure est la même sur les divers fragments de la tumeur examinés. Nulle part on ne trouve d'indice de malignité.

Sans atteindre un semblable volume, la néoformation peut cependant déformer le périnée de façon évidente.

Obs. 20 (FRIED et STONE).

Une femme de 74 ans se plaint de troubles rectaux, datant de plusieurs années, mais plus accentués depuis deux mois.

Elle souffre de la région anale, présente des sensations de pesanteurs dans le rectum et éprouve une certaine difficulté à vider son intestin. Elle a remarqué la présence d'un peu de sang sur ses matières. Ces hémorragies surviennent par périodes.

La malade présentait également quelques douleurs dans la région lombaire et à la racine des cuisses.

Six semaines auparavant, elle avait consulté un autre médecin qui découvrit une tuméfaction derrière l'anus. Pensant à un abcès, ce médecin avait incisé la tumeur. Il ne trouva pas de pus et la tuméfaction persista.

A l'examen. — On trouvait juste derrière l'anus, sur la ligne médiane, une plaie d'aspect curieux, avec des bords taillés à l'emporte-pièce et dont le fond semblait gélatineux. Dans la profondeur, on sentait une tumeur qui s'étendait vers le haut.

Il existait aussi de petites hémorroïdes.

On fit le diagnostic de carcinome colloïde.

Opération. — La plaie fut élargie et on découvrit une volumineuse tumeur, ferme, complètement encapsulée. Il fut très facile d'enucléer cette masse et l'intervention s'accompagna d'un écoulement de sang très léger.

La tumeur était ovoïde et mesurait 6 centimètres de long.

sur 4 centimètres de large. La loge dans laquelle elle était située formait une volumineuse cavité qui fut refermée partiellement.

La guérison fut rapidement obtenue. La malade fut soulagée, ne présenta plus de douleurs et, un an après, il n'y avait pas de récurrence.

Examen anatomo-pathologique : La muqueuse recouvrant la tumeur est ulcérée.

La section de la masse montre l'existence d'une capsule épaisse ; le tissu est uniformément gris rosé et présente une structure fibrillaire avec fascicules disposés en tourbillons.

Au microscope, les coupes laissent voir un stroma constitué de tissu conjonctif hyalin, entremêlé de fibres musculaires coupées sous des incidences diverses.

Larges sinus veineux. Quelques petites artères à paroi épaisse.

Fibro-myome.

Dans certains cas, l'examen local révèle des modifications beaucoup plus discrètes ; parfois un léger degré de prolapsus des parois vaginales (obs. 16) ou de la paroi rectale antérieure (obs. 17). Il suffisait, dans un cas, d'écarter les grandes lèvres pour voir la tuméfaction produite par la tumeur soulevant la paroi vaginale postérieure (obs. 23).

Dans le cas de Senn (obs. 18), l'ascite et un gros œdème des membres inférieurs étaient les seules traductions visibles de la présence du néoplasme. Après évacuation de l'ascite il fut possible de palper la tumeur sous la paroi abdominale. La malade de Westermarck (obs. 16) avait son ventre distendu par une tumeur qui était également perceptible à la palpation.

Le toucher, rectal ou vaginal, apportait, d'ailleurs, dans ces cas, des renseignements précieux.

C'est ainsi que Descœudres (obs. 19) put, avec un doigt introduit dans le rectum, poursuivre la tumeur jusqu'à son point d'origine, qui était rectal. Il put ainsi constater la présence d'une série de noyaux durs situés dans le septum recto-vaginal. Moins heureux, Westermarck et Senn (obs. 16 et 18) ne purent que vérifier la présence de tumeurs indépendantes de l'utérus et qu'ils prirent pour des kystes de l'ovaire.

Bien plus souvent, on ne voit rien à l'inspection et les éléments essentiels du diagnostic sont fournis par le toucher, toucher rectal ou toucher vaginal, ces deux procédés étant d'ailleurs fréquemment associés et combinés en vue de préciser plus nettement le volume, le siège et les connexions de la tumeur.

AU TOUCHER RECTAL, les fibromes et fibro-myomes du rectum se présentent comme des masses volumineuses, situées plus ou moins haut et placées avec le maximum de fréquence soit en arrière, soit en avant du rectum. En raison de leur volume, elles peuvent déborder au niveau des faces latérales (obs. 31).

Leur situation est plus ou moins élevée, mais dans un grand nombre de cas, la tumeur était sus-sphinctérienne. C'est du moins l'emplacement occupé par le pôle inférieur du néoplasme, l'extrémité supérieure s'étendant parfois jusqu'à 10 ou 12 centimètres (obs. 14, 21, 22, 31).

Il est rare que la tumeur soit placée très haut, à bout de doigt, difficilement accessible (obs. 25).

Le volume de ces tumeurs est variable, mais toujours considérable. Un œuf de poule (obs. 25) est la dimension la plus réduite que nous ayons notée. Le plus habituellement, c'est une mandarine (obs. 32), une orange (obs. 15) un poing (obs. 28), une tête d'enfant (obs. 12) une tête d'homme (obs. 17).

Ces comparaisons font assez voir la forme générale de ces formations, ovoïdes ou régulièrement sphériques, à surface généralement lisse.

Il s'agit de tumeurs dures, non réductibles et qui font, à chaque fois, penser à un kyste de l'ovaire, à un fibrome utérin, voire même à une tumeur osseuse.

La lumière intestinale est écrasée, réduite à une simple fente falciforme par le développement de la tumeur qui repousse la paroi rectale. Quand le néoplasme n'est pas trop volumineux, le doigt peut explorer la totalité de sa masse et en préciser les limites. Mais, bien souvent, le doigt bute sur le pôle inférieur du néoplasme et ne peut arriver à le dépasser vers le haut (obs. 14).

La muqueuse rectale, qui recouvre la superficie de la tumeur, peut être souple, mobile, non ulcérée (obs. 15, 19 et 25). Elle est souvent ulcérée en un ou plusieurs points (obs. 14, 21, 22, 28, 31 et 32). Elle est parfois même adhérente (obs. 14, 21 et 23). La tumeur elle-même est généralement fixée et immobile, surtout dans les localisations postérieures. Parfois même la formation néoplasique semble adhérente au sacrum (obs. 22). En avant, au contraire, le néoplasme peut être légèrement mobilisable en masse (obs. 15).

La paroi vaginale postérieure n'est jamais ulcérée ou adhérente et glisse sur le plan de la tumeur.

Nous rapportons ici quelques observations parmi les plus typiques :

Obs. 21 (JOHN BERG, *rapportée par Westermarck*).

Homme de 56 ans, souffre de diarrhée abondante depuis 10 ans, mais principalement depuis 4 ans. En réalité, le malade est constipé et ne peut aller à la selle que lorsqu'il est diarrhéique. Quand les matières sont consistantes, elles prennent une forme aplatie.

A l'exploration rectale, on découvre que toute l'excavation sacrée est occupée par une tumeur dure et arrondie, proéminente et pénétrant dans la paroi postérieure du rectum au point que la lumière de cet organe est transformée en une fente semi-lunaire.

L'extrémité supérieure du néoplasme est atteinte difficilement. La paroi intestinale est partout refoulée, plane et lisse, à l'exception d'un endroit où elle est ulcérée et paraît adhérer à la tumeur.

Opération 21 juillet 1890 par Kraske.

La tumeur, du volume du poing, arrondie et encapsulée, put être sortie en grande partie. Elle adhérait à la paroi postérieure du rectum sur une étendue de 3 à 4 centimètres. A cet endroit, il fallut exciser une rondelle du rectum. Cette plaie fut suturée à la soie. La plaie fut nettoyée et le restant tamponné à la gaze iodoformée.

Le malade guérit, après qu'on eût traité une fistule intestinale, au cours d'une seconde intervention.

C'était un fibro-myome, d'après Westermarck.

Obs. 22 (LEXER).

Un homme de 35 présentait depuis quelques semaines des hémorragies importantes par l'anus, avec des pertes glai-reuses.

Constipation opiniâtre depuis quelques années.

A l'examen : On trouva une muqueuse ulcérée en deux endroits; en avant, un peu au-dessus de l'anus, et en arrière, sur la paroi postérieure. La muqueuse saignait légèrement.

En arrière, la paroi rectale était repoussée par une tumeur comblant tout le petit bassin et dont la limite supérieure ne pouvait être atteinte par le doigt. La limite inférieure était juste au niveau de l'anus.

Bien que le rectum fut comprimé et repoussé en avant par la tumeur, il n'y avait pas de troubles de l'excrétion des urines.

On fit le diagnostic de sarcome du sacrum, en raison surtout de l'adhérence à l'os.

Opération : Par une voie d'abord para-sacrée (opération de Kraske), on aborda la tumeur qui était adhérente au sacrum. On arriva malgré tout à la décoller de l'os et à saisir son pôle supérieur. La main disparaissait alors complètement dans l'excavation. L'hémorragie, assez importante, fut aisément arrêtée par tamponnement.

Restait à décoller la tumeur de la paroi rectale. Ce fut impossible et la palpation fit voir que l'adhérence entre le néoplasme et le rectum était très étendue et comprenait toute la paroi postérieure de l'intestin.

On fut amené, pour cette raison, à pratiquer une amputation du rectum et on termina par l'établissement d'un anus sacré.

La tumeur était bosselée, recouverte d'une capsule de tissu conjonctif mince. Sa consistance était celle d'un fibrome. A la coupe, elle était de couleur rougeâtre et se montrait de structure fasciculaire.

Histologiquement : Il s'agissait d'un leiomyome pur dont les faisceaux musculaires entrecroisés arrivaient jusqu'à la sous muqueuse.

Obs. 23 (BECKER).

Une femme de 44 ans avait eu 9 accouchements normaux. Le dernier remontait à 13 ans.

Elle se plaignait de constipation apparue depuis deux ans, s'exagérant progressivement malgré l'usage des laxatifs. Il y a un an, en allant à la selle, elle constata un bombement de la paroi antérieure de son rectum.

Ce ne fut qu'au milieu de l'année 1907 qu'un médecin découvrit la tumeur. Il pensa qu'il s'agissait d'un fibrome de l'utérus.

Examen : Extérieurement, on ne retrouvait rien d'anormal au niveau des organes génitaux.

Le toucher vaginal était presque impossible, à cause de la voussure de la paroi vaginale postérieure.

En écartant les grandes lèvres, on voyait cette tuméfaction. Le doigt, insinué entre le pubis et la tumeur, permit de constater que cette dernière s'étendait sur toute la longueur de la paroi recto-vaginale et qu'elle était surtout développée à droite. Elle remontait dans le petit bassin jusqu'à la ligne innommée.

Il fut impossible de savoir si cette tumeur faisait corps avec l'utérus.

La paroi vaginale n'était pas amincie ni adhérente.

Toucher rectal. — Il montrait également la présence de cette tumeur repoussant le rectum vers la gauche. La lumière de l'intestin était en forme de fente. La muqueuse adhérait à la tumeur.

Il était impossible de délimiter exactement le néoplasme. La consistance n'était pas très dure, plutôt rénitente. Un examen sous anesthésie montra que cette masse n'avait aucune connexion avec l'utérus.

Opération. — Après incision au niveau de la commissure postérieure de la vulve, on accéda à la tumeur qui était encapsulée dans la région celluleuse.

Elle disparaissait dans la fosse ischio-rectale et adhérait

au rectum dans sa partie inférieure et gauche si intimement qu'il fallut ouvrir l'intestin sur une longueur de 8 centimètres pour pouvoir l'extirper.

Fermeture du rectum.

La tumeur était grosse comme deux poings. Sa surface était bosselée et d'aspect cérébriforme.

Examen microscopique. — Il montra qu'il s'agissait d'un myome ; nombreux vaisseaux et peu de tissu connectif.

Obs 24. (VERNE HUNT) (*cas 1*).

Un homme âgé de 68 ans vint se faire examiner le 16 mai 1911. Il se plaignait de douleurs sourdes dans chaque pli inguinal, de constipation et de mictions difficiles.

A l'examen : on trouva une masse très dure, d'environ 5 centimètres de diamètre, sur la paroi antérieure du rectum.

Le malade ne resta pas à la clinique et on ne put faire d'autre examen, ni de traitement.

Il revint le 30 décembre 1916. La constipation avait persisté et depuis peu de temps le malade avait noté une impression de non-vacuité de son rectum après les selles. De plus, au cours des trois dernières semaines, il avait eu 3 crises de rétention d'urine.

Légère hypertension ; tension artérielle, maxima 16, minima 10. Le sujet était porteur d'une double hernie inguinale.

L'examen rectal montra que la tumeur avait augmenté de volume et atteignait maintenant environ 10 centimètres de diamètre. Elle s'étendait vers la gauche et était extérieure au rectum.

Opération le 11 janvier 1917. La tumeur fut enlevée par voie périnéale, sans ouvrir le rectum, ni la vessie (E. S. Judd). Le néoplasme était situé juste au-dessus de l'anus ; il bombait dans le rectum, dont il repoussait la muqueuse.

C'était un fibro-myome pesant 330 grammes.

Le patient revint à la clinique le 20 février 1918, disant qu'il n'avait plus de difficulté pour uriner depuis l'opération, mais qu'il était à nouveau constipé.

A l'examen rectal, on trouva de nombreuses petites tumeurs sur la paroi rectale antérieure, qui furent excisées le 1^{er} mars 1918. Il fut établi qu'il s'agissait de sarcomes. L'incision ne fut pas refermée, afin de faire des applications de radium effectuées comme suit : le 13 mars 1918, 500 mgr. heures : — le 20 avril 1918 : 700 mgr. heures ; — le 13 novembre 1918 : 400 mgr. heures ; — le 14 janvier 1919 : 300 mgr. heures ; — et le 4 février 1919 : 800 mgr. heure.

A notre dernier examen en février 1919, on trouva trois nodules sur la paroi rectale antérieure.

Obs. 25 (HARRISSON CRIPPS).

Une femme de 48 ans souffrait depuis 6 mois de symptômes intestinaux peu accusés.

A l'examen : on percevait très haut, à bout de doigt, une tumeur de la taille d'un œuf de poule et située dans la paroi rectale. Elle semblait être dans la musculuse. La muqueuse qui la recouvrait était intacte et parfaitement mobile. L'examen était difficile en raison de la hauteur à laquelle cette masse était située et ce n'est qu'au prix de gros efforts que le doigt parvenait à la toucher.

Opération. — Le rectum étant fendu sur la ligne médiane, en arrière, on put se faire un jour suffisant pour atteindre la tumeur, qui fut disséquée de la couche musculaire à laquelle elle semblait incorporée. En l'abaissant, on formait une sorte de pédicule, qui fut transfixé et coupé.

La tumeur semblait un épaississement de la couche musculaire. Le tissu était dense et fibreux,

3° Signes généraux

Habituellement, l'état général des sujets est peu atteint. Il en est pour les tumeurs interstitielles et extra-rectales comme pour les masses intra-cavitaires. Essentiellement bénignes, elles ne s'accompagnent d'aucune perturbation grave de l'état général. Cependant, du fait de leur volume et des troubles de compression parfois sérieux qui en résultent, elles peuvent amener un certain degré d'amaigrissement ou d'anémie (obs. 18 et 31).

*
* *

Au terme de l'étude des symptômes, étude strictement analytique et, de ce fait, nécessairement un peu confuse et monotone, il nous a semblé utile de regrouper les aspects sous lesquels se présentent les tumeurs fibro-myomateuses du rectum en syndromes d'une compréhension clinique plus claire.

Dans un premier groupe de faits, les malades présentent à l'anus une tumeur dont ils veulent qu'on les débarrasse. Permanente ou transitoire, cette tumeur leur est familière et les patients précisent très bien la nature de leurs ennuis.

Dans la seconde catégorie, nous pouvons réunir tous les sujets présentant un syndrome rectal prédominant. Dans ces cas, la tumeur partage avec toutes les autres rectopathies, une symptomatologie faite de signes d'irritation rectale et dont les éléments les plus couramment rencontrés sont : la constipation, les hémorragies et les

douleurs à la défécation. Ces symptômes ont une grosse valeur de localisation et invitent le clinicien à une exploration attentive de l'anús et du rectum ; mais, ils ne sont en aucune façon pathognomoniques de la présence d'une tumeur bénigne.

Un certain nombre de tumeurs fibro-myomateuses du rectum se manifesteront enfin par un syndrome de compression intra-pelvienne. C'est le chirurgien, spécialisé ou non, qui sera appelé à donner un avis sur la cause d'une obstruction intestinale, d'une rétention d'urine, d'une rupture de l'utérus ou de troubles douloureux du bas-ventre chez la femme.

Dans ces dernières éventualités, nous ne tenons compte que des éléments prédominants rencontrés. Les phénomènes d'irritation rectale se mêlent intimement aux autres troubles mais dans une proportion qui, nous semble-t-il, n'est pas supérieure à celle qu'on note habituellement au cours de l'évolution d'un fibrome utérin d'un kyste de l'ovaire, voire même d'une grosse prostate.

V. — ÉVOLUTION

Il est très difficile de préciser le temps que ces tumeurs mettent à se développer.

Leur croissance paraît s'opérer avec une rapidité très variable, suivant les cas. Elle n'est d'ailleurs appréciable qu'à partir du moment où la tumeur a été constatée, soit au cours d'une procidence pour les tumeurs intracavitaires, soit au cours d'un examen médical (V. Hunt, obs. 24).

Dans un cas, elle semble avoir été assez rapide. La malade que Péraire opéra signalait, en effet, qu'un an auparavant sa tumeur était grosse comme le pouce. Le jour de l'intervention, la masse avait le volume d'une tomate, mesurait 10 centimètres au niveau de sa base et pesait 350 grammes.

Par contre, notre patient, M. T... (obs. 29) connaissait sa tumeur depuis l'enfance et ne l'avait pas vu sensiblement grossir.

Dans les autres cas, les malades se plaignaient de troubles apparus dans un délai de 7 ans à quelques mois.

De toute façon, le début des symptômes est bien

postérieur à l'origine de la tumeur, celle-ci restant latente pendant un temps très variable de son évolution.

Pour ce qui regarde les tumeurs intra-cavitaires, il nous semble intéressant de souligner les différences très sensibles de tolérance qui existent entre l'ampoule rectale et l'anus à l'égard des tumeurs de cette région. Alors que les papilles anales hypertrophiées et les polypes sus-hémorroïdaires s'accompagnent, le plus souvent, de troubles disproportionnés avec la minime lésion qui en est la cause, les fibromes du rectum restent relativement bien tolérés pendant une longue période de leur évolution et ne deviennent guère une source d'ennuis qu'à partir du moment où, par leur volume, ils constituent une gêne mécanique plus ou moins importante.

La tolérance de l'organisme à l'égard des tumeurs intra-pariétales et extra-rectales est également très variable. Elle dépend, en partie, du siège de la tumeur.

Les formations postérieures au rectum donnent lieu à des troubles de la défécation assez rapidement importants, sans doute en raison de l'appui osseux qu'elles trouvent sur le mur sacro-coccygien (obs. 14, 21, 22, 20, 32).

Les masses, situées en avant, nous ont paru mieux tolérées. La tumeur enlevée par Verhoogen (obs. 15), située entre prostate et rectum, ne se manifestait par aucun trouble de l'élimination des urines ou des fèces. Elle était cependant de la taille d'une mandarine. Le néoplasme extériorisé par Pfannenstiel (obs. 17) donnait lieu à des troubles dysuriques depuis 4 mois seulement

et il avait le volume d'une tête d'adulte. Dans un cas de V. Hunt (obs. 24), cependant, le malade présentait de la difficulté à évacuer ses urines avec une tumeur de 5 cm. de diamètre, et ces troubles survinrent assez précocement.

Les néoformations de siège élevé, évoluant dans l'abdomen ou au détroit supérieur du bassin, sont encore plus longtemps silencieuses.

Dans l'observation de Riedinger (obs. 12), la tumeur était absolument latente et ne fut révélée qu'au moment de l'accouchement. Elle mesurait 20×12 cm. !

VI. — PRONOSTIC

Le pronostic est variable suivant la localisation de la tumeur.

Les néoformations intra-cavitaires, donnant lieu à des troubles manifestes et très gênants, ne restent pas ignorées, et une intervention simple soulage définitivement les patients. Dans deux cas seulement (obs. 6 et 7), la tumeur donna lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale, mais sans mettre en danger la vie des malades.

Les fibro-myomes extérieurs au rectum nous paraissent sensiblement plus graves.

Nous relevons, en premier lieu, deux cas mortels (obs. 12 et 16). Cette issue aurait pu facilement être évitée dans le premier cas. La surveillance médicale de la grossesse aurait fait découvrir la tumeur et aurait déterminé une intervention avant l'accouchement ou au plus tard au cours du travail. Dans la seconde observation, la malade fut emportée par des accidents septiques ; on peut se demander si des précautions d'asepsie plus minutieuse, si une libération plus prudente de la tumeur n'auraient pu garantir d'une péritonite mortelle.

Il n'en reste pas moins que, par leurs localisations, par leur volume, ces tumeurs entraînent le chirurgien à des interventions complexes, parfois difficiles, dont le risque opératoire n'est pas nul.

D'autre part, les troubles provoqués par les tumeurs volumineuses extérieures au rectum sont graves dans quelques cas.

Le malade de Verhoogen avait perdu un litre de sang, d'après les dires du médecin traitant. Un des patients de V. Hunt (obs. 31), présentait un certain degré d'anémie et n'avait que 44 % d'hémoglobine au moment de l'intervention.

Deux fois (obs. 17 et 24), il fallut opérer pour des crises de rétention d'urine complète.

La constipation opiniâtre (obs. 14), la diarrhée (obs. 21), l'ascite (obs. 16 et 18) s'accompagnaient d'une certaine atteinte de l'état général avec anorexie et amaigrissement.

Dans la plupart des cas, les ennuis disparurent définitivement après l'intervention, mais il nous a paru que celle-ci se présentait assez souvent sous la forme d'une indication relativement urgente et que tout retard apporté aurait pu avoir des conséquences graves.

Enfin, la dégénérescence maligne de ces tumeurs, pour rare qu'elle soit, contribue évidemment à assombrir le pronostic de façon notable.

Dans l'observation de V. Hunt (obs. 24), plusieurs applications de radium ne parvinrent pas à guérir le malade d'une récidive sarcomateuse.

VII. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1^{re} ETUDE MACROSCOPIQUE

a) **Fibrome, fibro-myomes et myomes intra-cavitaires.**

Ces tumeurs ont un grand nombre de caractères macroscopiques communs. Elles se présentent comme des masses pédiculées bien limitées, à revêtement continu, de consistance dure ou du moins très ferme.

Généralement elles sont uniques ; il peut cependant s'en présenter plusieurs et, dans une observation, le malade était porteur de deux tumeurs.

Obs. 26 (TÉDENAT).

Pierre B..., âgé de 46 ans, entre le 5 janvier 1876 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Philippe, dans le service du Pr Vallette, dont j'étais alors l'interne.

Cet homme sanguin, fortement constitué, souffre depuis plusieurs années de douleurs rhumatoïdes vagues. Il y a 4 ans, il commença à perdre du sang de temps en temps en allant à la selle ; il n'attribue aucune importance à cet accident. Depuis 5 ou 6 mois, il a une constipation opiniâtre pour laquelle il prend des lavements tous les 2 ou 3 jours. Il

éprouve une sensation de poids, de corps étrangers au fondement. Jamais « rien n'est sorti ». Les hémorragies sont parfois très abondantes.

Le 25 décembre, n'étant pas allé à la selle depuis 5 jours, il ressent des coliques douloureuses ; l'abdomen, légèrement ballonné, est sensible à la pression. Il n'y a pas de nausées. Le liquide poussé par une seringue armée d'une canule ordinaire ne pénétrant pas, le malade introduit une canule longue en gomme (canule vaginale). Elle bute contre un obstacle à 5 ou 6 centimètres. Le malade pousse. Du sang coule aussitôt (demi-verre). Quelques instants après, en allant à la selle, il rend, non sans efforts, une masse charnue ayant à peu près la forme d'un petit œuf de poule et terminée à sa petite extrémité par un pédicule grêle et long de 6 centimètres environ.

L'hémorragie se reproduit, mais peu abondante, quelques heures après, à l'occasion d'une nouvelle selle. Bien que sensiblement soulagé depuis l'expulsion de la tumeur, le malade entre à l'hôpital le 5 janvier dans la soirée. En explorant le rectum, je touche une tumeur dure ayant les dimensions d'une grosse amande, située à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'orifice anal et implantée sur la paroi postérieure.

Le lendemain, mon Maître confirme le diagnostic et deux jours après, sous anesthésie, on dilate l'anus avec le spéculum de A. Paré, qui rend plus facile l'accès de la tumeur. Elle apparaît rouge, attachée par un très court pédicule sur lequel, au moyen d'une longue pince, est portée une chaîne d'écraseur. L'ablation se fait sans difficulté, sans hémorragie, et 5 jours plus tard le malade quitte l'hôpital guéri.

Examen anatomo-pathologique : La tumeur rendue spontanément a été mise par le malade dans l'alcool de bois. Sa surface est blanche, ridée ; sa consistance très ferme. Il est facile de décoller la muqueuse qui enveloppe le néoplasme tout entier et forme seule le pédicule. Sur une coupe mé-

diane, le tissu de couleur gris rosé présente des fibres en faisceaux irrégulièrement disposées. Ça et là, existent quelques lobes mal limités. Deux petits kystes du volume d'un pois contenaient une matière mucoïde. L'examen microscopique montre des fibres connectives et quelques rares fibres musculaires lisses, faciles à mettre en évidence par la dissociation après macération dans une solution d'acide nitrique à 6 %. Coupes de capillaires plus nombreux autour des lobules, mais n'y pénétrant pas.

La tumeur enlevée, examinée fraîche, est de consistance moyenne, rouge. Muqueuse facile à décoller. Le tissu de la tumeur est rosé et, sur une coupe, présente le même aspect que celui de la première, moins les kystes.

C'est encore un fibro-myome avec très peu de cellules contractiles.

Nous n'avons retrouvé qu'un seul cas de tumeur sessile :

Obs. 27 (CHARLES BALL).

Charles Ball rapporte l'histoire d'un malade auquel il enleva une tumeur de la paroi postérieure du rectum, du volume d'une demi-noix à peu près. Cette masse mesurait environ 3 centimètres de diamètre. Elle était sessile et la muqueuse qui la recouvrait était tout à fait mobile et libre de toute adhérence.

L'auteur estime que cette tumeur était au début de son développement et qu'elle se serait vraisemblablement pédiculée par la suite. Il s'agissait d'un fibro-myome.

A la coupe, le tissu crie sous la lame du bistouri et la surface de section montre des faisceaux de fibres plus ou moins régulièrement disposés. Ces derniers peuvent

être à peu près parallèles ou, au contraire, s'intriquer. Dans certains cas, ils ont une disposition concentrique, en tourbillon, rappelant l'aspect des fibromes utérins.

Le tissu est, en général, de couleur pâle, blanc rosé à reflets nacrés. La muqueuse qui enveloppe ces tumeurs est parfois d'un rouge un peu plus vif ; souvent elle est blanchâtre elle même, présentant l'aspect de la peau.

La forme générale de ces productions est régulière et à peu près sphérique. Parfois la tumeur est légèrement lobulée. Dans un seul cas, elle était multilobée (obs. 9).

Certains auteurs ont signalé qu'il est en général facile de séparer la muqueuse de la masse tumorale.

Les dimensions sont variables, souvent assez importantes. Nous avons pu noter les chiffres suivants : La tumeur enlevée par Péraire mesurait 10 centimètres au niveau de la base et pesait 350 grammes. Le fibromyome qui fait l'objet de la première observation de Heurtaux (obs. 6) mesurait dans ses trois dimensions $8 \times 6 \times 4,5$ centimètres et pesait encore 90 grammes après plusieurs jours d'immersion dans l'alcool.

Le fibrome que nous enlevâmes à Mme P... (obs. 11) mesurait 4×4 centimètres.

Carlier rapporte que la tumeur de sa malade avait 3 centimètres de diamètre ; dans le cas de Hill, le néoplasme mesurait 3 pouces $1/2 \times 2 \ 1/2 \times 2$.

Les vaisseaux sont généralement peu importants dans la masse de la tumeur. Ils semblent plus nombreux à la périphérie. Dans le pédicule, ils sont parfois très

gros. Heurtaux (obs. 6) en lia un du volume d'une plume de corbeau ; dans le cas de Carlier, le pédicule était très vasculaire et pulsatile. Il en était de même dans le cas de Péraire et dans une de nos observations (obs. 5).

Nous n'avons rencontré de modifications notables du tissu de ces tumeurs que dans quelques rares observations :

Dans un cas, celui de Tédénat (obs. 26), un des fibromyome présentait dans la masse deux petits kystes remplis de substance mucoïde.

b) Fibro-myomes et myomes interstitiels et extérieurs au rectum.

Ces tumeurs se présentent sous forme de masses plus ou moins volumineuses, généralement uniques.

Dans un cas (obs. 17), la tumeur rectale était accompagnée d'une seconde néoformation rattachée au côlon descendant et située dans l'abdomen. Nous n'avons trouvé aucune observation de tumeurs fibro-myomateuses multiples du rectum.

Par rapport à la paroi rectale, qui leur donne origine, nous avons déjà dit les localisations variables de ces tumeurs qui peuvent rester intra-pariétales ou, au contraire, évoluer vers l'extérieur du rectum.

La situation intra-pariétale de la tumeur n'est indiquée avec précision que dans quelques cas où la tumeur fut énucléée, à l'intervention, après incision d'une des tuniques de l'intestin (obs. 15, 25). Dans d'autres cas,

au contraire, il est assez difficile de se prononcer sur les rapports de la tumeur avec la paroi rectale.

Obs. 28. — (FINSTERER).

Un officier de 50 ans vint consulter le 6 mars 1916 pour troubles de la défécation existant depuis 3 ans. Depuis 6 mois le malade présentait du sang dans les selles.

A l'examen, on trouva une tumeur de la grosseur du poing, faisant saillir la face antérieure du rectum. La muqueuse était légèrement ulcérée en surface.

Une biopsie montra que la muqueuse était normale.

Opération le 9 mars : Après anesthésie sacrée excellente, puisqu'elle permit, au cours de l'intervention, l'ouverture du péritoine et la mobilisation du méso-sigmoïde, jusqu'au promontoire, on fit une extirpation totale du rectum avec conservation du sphincter.

La tumeur arrondie était nettement séparée en avant de la vessie et de la prostate par une capsule formée de tissu connectif. L'extirpation fut extrêmement facile. Suture du sphincter deux semaines après la première intervention.

Le malade est revu un certain temps après. Son sphincter est continent quand les selles sont moulées.

Examen histologique : Pratiquée par le Pr Stærk.

Il s'agissait d'un myome provenant de la paroi rectale. Par places, zones en dégénérescence.

A l'extérieur du rectum, les tumeurs myoïdes sont situées en des points variables suivant la hauteur de leur point d'origine. Généralement, il est assez bas situé et la tumeur est logée soit en arrière, dans la concavité sacro-coccygienne, soit en avant entre rectum et prostate chez l'homme, dans la cloison recto-vaginale chez la femme. Une capsule formée de tissu connectif

isole toujours ces formations des organes voisins et la séparation s'effectue aisément au cours de l'intervention.

Les tumeurs peuvent évoluer au niveau de leur lieu d'origine. Dans certains cas, elles se développent dans l'abdomen et sont alors sous une couverture péritonéale (obs. 16 et 18). Parfois, leur évolution, vraiment extraordinaire, les amène à l'extérieur de l'individu. C'est ainsi que la tumeur enlevée par Descœudres (obs. 19), était constituée par plusieurs nodules myomateux, reliés les uns aux autres et qui avaient envahi de proche en proche tout le septum recto-vaginal pour venir édifier, à la région périnéale, une énorme tumeur dont l'origine était rien moins qu'évidente.

Le néoplasme peut être sessile, adhérent à la paroi intestinale sur une plus ou moins grande étendue. L'union est parfois si intime et si large que la tumeur n'a pu être enlevée sans ouvrir le rectum sur plusieurs centimètres (obs. 14, 23). Dans un cas, il fallut terminer par une amputation du rectum (obs. 22).

La néoformation peut être isolée du rectum auquel elle reste reliée par un pédicule d'un volume plus ou moins considérable.

Parfois, les connexions n'ont pu être exactement révélées. On peut supposer que, dans ces cas, le pédicule très étroit fut rompu au cours de l'ablation de la tumeur (obs. 17 et 20). Dans l'observation de Descœudres (obs. 19) le pédicule qui rattachait la tumeur au rectum était long, fibreux et de la grosseur du petit doigt. Dans les cas relatés par Westermarck et par Senn (obs.

16 et 18), le pédicule exerçait des tractions sur la paroi rectale qui fut ouverte au cours de l'exérèse.

De forme à peu près ronde, les fibro-myomes et myomes du rectum sont parfois légèrement irréguliers en surface (obs. 16, 22 et 23). Le plus souvent, la périphérie est lisse.

Leurs dimensions sont importantes. Les comparaisons empruntées aux auteurs, et que nous avons rapportées au chapitre consacré aux symptômes, le font assez voir. Les chiffres sont aussi évocateurs.

La masse principale enlevée par Descœudres pesait 6 kilogrammes. La tumeur que Senn extirpa pesait également 12 livres.

Le premier malade de V. Hunt (obs. 24) avait un fibro-myome de 10 cm. de diamètre ; celui de Carle (obs. 32) avait un néoplasme de 5 cm. de diamètre.

Dans le cas de Riedinger, la tumeur mesurait 20×12 cm. Le troisième malade de V. Hunt présentait un myome postérieur au rectum de $9 \times 6 \times 6$ cm. et, dans le cas de Fried et Stone, 6×4 cm.

Ces formations sont dures et assez homogènes à la coupe. La surface de section laisse voir, comme pour les tumeurs intra-cavitaires, une structure fasciculaire. Les fibres du tissu sont parfois disposées concentriquement et forment des tourbillons visibles à l'œil nu.

Dans le cas de Westermarck (obs. 16), la tumeur était fluctuante et la paroi, très mince par places, se creva au cours des manipulations opératoires.

Il y avait présence de liquide dans l'abdomen deux fois (obs. Senn (18) et Westermarck (16)).

Contrairement aux formations intra-cavitaires, nous avons relevé parmi les tumeurs intra-pariétales et extra-rectales, quelques exemples de modifications du tissu.

La tumeur enlevée par Westermarck (obs. 16) présentait de larges zones nécrosées avec de multiples infiltrations hémorragiques. Verhoogen (obs. 15) signale également que sa tumeur présentait à la périphérie quelques points hémorragiques.

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas de dégénérescence maligne (obs. 24). Un an après l'extirpation du myome, on mit en évidence sur la paroi rectale antérieure quelques petits noyaux néoplasiques. Un prélèvement examiné montra qu'il s'agissait de sarcome. Finsterer (obs. 28) dit bien que la tumeur qu'il observa présentait des zones en dégénérescence ; mais il ne précise pas la nature de cette dégénérescence.

2° ETUDE HISTOLOGIQUE

Les éléments de notre description microscopique ont été empruntés surtout aux tumeurs intra-cavitaires, les seules que nous ayons eu l'occasion d'observer.

a) **Fibromes purs**

A la coupe, la masse de la tumeur est constituée par des amas de collagènes plus ou moins différenciés et

dont l'aspect varie d'ailleurs suivant les points considérés. Tantôt le tissu conjonctif forme un réseau fibrillaire très fin et très délié, dont la différenciation est rendue plus apparente encore lorsqu'il existe de l'œdème interstitiel (obs. 29) ; tantôt, au contraire, les fibrilles sont réunies en faisceaux plus denses, plus épais, formant des torsades entrecroisées en tous sens (fig. 2, obs. 11). Parfois, les trousseaux de la substance fondamentale sont extrêmement épais et formant des masses d'aspect variable suivant l'incidence de la coupe qui les atteint plus ou moins obliquement.

Chaque tumeur n'est pas homogène et présente des aspects variables suivant les points considérés.

Dans certains cas, le stroma a tous les caractères du tissu conjonctif adulte ; les noyaux petits et contractés sont très rares.

Dans d'autres cas, de nombreuses cellules fusiformes à noyaux ovalaires séparent les faisceaux de collagène. Cet aspect est particulièrement marqué dans l'observation 11.

Au tissu conjonctif jeune, riche en fibroblastes et relativement pauvre en collagène, se mêlent de nombreux capillaires bourgeonnants, à revêtement tuméfié, à lumière irrégulière comme on en rencontre dans le tissu granulomateux.

Au contraire, dans les fibromes où le tissu conjonctif est presque uniquement représenté par du collagène, les capillaires et les vaisseaux sont au stade adulte.

Le *revêtement* est constitué par un épithélium du type malpighien, disposé en mince couche régulière. Dans

deux observations (obs. 4 et 8), nous avons noté un état papillaire du revêtement.

b) Les fibro-myomès

Ils présentent une structure qui rappelle beaucoup celle des fibromes. Les proportions relatives du tissu connectif et du tissu musculaire sont extrêmement variables. L'élément musculaire lisse peut prédominer nettement, le tissu connectif étant simplement réduit à quelques cloisons séparant les trousseaux de fibres lisses (myomes purs).

Au contraire, le tissu connectif peut être extrêmement abondant, au point que le tissu musculaire est seulement représenté par quelques fibres lisses, perdues dans la masse, qu'il faut rechercher avec attention (fig. 3, obs. 29).

Entre les deux extrêmes, on retrouve tous les intermédiaires qu'on appelle fibro-myomes ou myo-fibromes, suivant les proportions relatives des fissus fibreux ou musculaire.

Le tissu musculaire est toujours représenté par des fibres lisses, analogues à celles qu'on trouve dans l'intestin ; il s'agit donc de leiomyomes (fig. 4, obs. 29).

La trame collagène présente les mêmes caractères que dans les fibromes purs, tantôt fibrillaire, tantôt réunie en trousseaux d'épaisseur variable (fig. 5, obs. 5).

Les vaisseaux, comme dans les fibromes, sont plus ou moins nombreux, mais à parois toujours bien li-

mitées. On leur reconnaît facilement une musculuse, une limitante élastique et un revêtement endothéli-forme.

Le revêtement présente les mêmes caractères histologiques que celui des fibromes. Cependant nous avons noté, dans deux des fibromyomes que nous avons examinés la présence de glandes sudoripares et de follicules pileux normalement constitués, sans toutefois qu'il y ait des glandes sébacées annexées aux follicules. Ces formations insolites vu le lieu d'origine des tumeurs, font défaut dans les fibromes purs que nous avons examinés. Elles étaient peu nombreuses puisque, sur chaque coupe intéressant cependant la totalité de la pièce, nous ne les avons notées que sur un point du revêtement.

Nous rapportons ici l'histoire clinique d'un des cas chez lesquels nous avons relevé cette anomalie.

Obs. 29 (*personnelle*). (Fig. 6).

M. T..., 47 ans, vient nous consulter le 2 novembre 1932 parce que « quelque chose » sort de son anus au moment des selles. Quand le malade va à la garde-robe, il a l'impression qu'un bouchon s'oppose à la progression des matières et il ne peut s'exonérer qu'après avoir fait sortir une masse qui rentre facilement après l'évacuation.

Le malade assure qu'il présente ces phénomènes depuis de longues années, depuis l'enfance. Il ne souffre pas, sauf lorsqu'il est constipé, ce qui lui arrive par périodes irrégulières. La précidence de sa tumeur est alors légèrement douloureuse.

Il ne présente aucune sensation anormale dans son rectum, ni ténésme, ni faux besoins, ni pesanteurs. Il n'a pas maigri.

Il n'a saigné, au moment des selles, qu'une seule fois, pendant une courte période, il y a 10 ans.

Examen : Au toucher rectal, on sent dans la concavité droite de l'ampoule rectale une tumeur de consistance ferme. Le doigt limite cette masse assez difficilement mais peut cependant sentir qu'elle est rattachée à la paroi rectale par un pédicule de la dimension d'une grosse plume d'oie. Le doigt replié peut accrocher ce pédicule et amener la tumeur à l'extérieur de l'anus. Elle donne l'impression d'un gros prolapsus du rectum. A tel point que le malade avait reçu déjà quelques injections sclérosantes de la part d'un élève inexpérimenté. Mais il suffisait de toucher cette masse pour s'assurer qu'il s'agissait d'une tumeur solide, dense, légèrement élastique et déformable par la pression des doigts.

Elle était de teinte rose, de couleur légèrement plus soutenue que celle de la muqueuse du rectum.

Elle était passée complètement inaperçue à un premier examen, trop hâtivement conduit.

Le volume et la forme de cette tumeur étaient ceux d'une petite poire. Le sommet était inséré à la partie inférieure et droite de l'ampoule. Il y avait un léger bourrelet hémorroïdaire au-dessus de l'anus.

Opération (D^r Bréchet).

Dilatation de l'anus sous anesthésie générale. Extériorisation de la tumeur. Ligature du pédicule. Ablation de la tumeur après ligature des vaisseaux.

Suites opératoires très simples. Le malade sort au 8^e jour. Il est revu 15 jours après. A l'examen endoscopique, on ne retrouvait plus trace du point d'implantation de la tumeur.

Examen histologique (D^r A. Cain).

Sous un épithélium pavimenteux du type malpighien, la tumeur est constituée par du fibrome presque pur dans la masse duquel on retrouve quelques très rares faisceaux de fibres musculaires lisses, isolées, sans orientation spéciale.

La trame collagène chevelue est tantôt fine, tantôt constituée de gros trousseaux. Il y a peu de noyaux.

On ne retrouve que de rares infiltrats lympho-plasmocytaires. A la périphérie de la tumeur, ils sont cependant assez abondants.

La plupart des vaisseaux, capillaires, artérioles et veinules sont du type adulte, à parois bien constituées. Peu de capillaires du type embryonnaire.

On ne trouve pas de thrombose, d'hémorragie ou de nécrose.

En un point de la coupe, à la périphérie, on met en évidence des annexes du revêtement : une glande du type sudoripare et un follicule pileux (fig. 7 et 8)

Les tumeurs extra-rectales sont recouvertes d'une capsule de tissu connectif plus ou moins condensé. Les tumeurs abdominales sont recouvertes de péritoine. Dans le cas de Descœudres (obs. 19), c'est la peau du périnée qui formait le revêtement.

Réactions inflammatoires.

Elles se font sur le mode subaigu. Contrairement à ce qu'on voit si souvent dans les adénomes du rectum, nous n'avons noté ni perte de substance, ni infiltration superficielle par les polynucléaires. Les réactions inflammatoires que nous avons constatées sont représentées par des infiltrations lympho-plasmocytaires, tantôt discrètes et diffuses, tantôt, au contraire, réunies en amas plus ou moins denses, prédominant autour des capillaires et au voisinage de la périphérie de la tumeur.

Ces infiltrats étaient, dans un cas, assez denses pour simuler grossièrement des follicules clos,

Les vaisseaux ne participent pas à l'inflammation même quand ils occupent le centre de ces amas lymphoplasmocytaires.

Certains auteurs ont voulu faire de ces tumeurs interstitielles ou extra-rectales des *myxomes*. L'insuffisance de critère histologique apporté par les auteurs rend très douteuse la nature de ces tumeurs. Nous n'en avons pas trouvé d'exemple parmi les tumeurs pédiculisées qui font l'objet de cette étude. Dans un de nos cas, où il existait un certain degré d'œdème interstitiel, nous avons essayé, en vain, de mettre en évidence par l'analyse chimique la présence du tissu muqueux. Il est vraisemblable, comme le pense Staëmmler, que les fibro-myxomes sont rarissimes, et qu'il s'agit le plus souvent, dans les observations publiées, non de vrais myxomes, mais de productions fibreuses œdémateuses.

Histogénèse

On ne sait rien de précis sur l'origine des myomes et des fibro-myomes. On peut leur assigner une origine vasculaire comme pour les fibro-myomes utérins (Pilliet). Il est plus vraisemblable qu'ils se développent à partir de la couche musculaire de la paroi intestinale.

Il nous semble intéressant d'attirer l'attention sur la présence de follicules pileux et de glandes sudoripares que nous avons relevée dans deux des tumeurs que nous avons examinées. Cette constatation qui, à notre connaissance, n'a pas été signalée jusqu'ici, est insolite dans une tumeur née au-dessus du canal anal, en pleine

paroi rectale, dans une zone où, normalement, ont disparu toutes les annexes ectodermiques. Nous ne pouvons nous empêcher d'établir un rapprochement entre ces néoformations et les tumeurs mixtes du rectum dont les kystes dermoïdes sont l'exemple le plus typique.

La présence d'éléments hétérotopiques dans les fibromes et fibro-myomes rectaux permet de soutenir sans invraisemblance leur origine congénitale. Ces éléments embryonnaires subiraient, à un moment donné, un développement tardif aboutissant à la tumeur.

Toutefois, si l'on excepte les capillaires de type embryonnaire que nous avons trouvés dans une des tumeurs, nous devons dire que les autres éléments, tissu conjonctif et tissu musculaire, n'avaient aucun des caractères des tissus embryonnaires. Nous ne pouvons qu'attirer l'attention sur cette singularité et souhaiter que de nouveaux examens permettent de préciser la signification de ces enclaves dans les fibro-myomes du rectum.

VIII. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

I. — FIBROMES, FIBRO-MYOMES ET MYOMES INTRA-CAVITAIRES

Leur diagnostic présente des difficultés très inégales.

Il est très facile de distinguer les fibromes et les fibro-myomes du CANCER DU RECTUM. L'aspect de ce dernier, bourgeonnant, friable, saignant, est tout à fait différent. Il n'existe que de très rares cas où la différenciation pourrait proposer quelques difficultés. Il arrive, en effet, que certains cancers, haut placés, peuvent se prolaber par l'anus à la suite d'une invagination du sigmoïde dans le rectum.

Cette éventualité, très rare, nous le répétons, pourrait donner le change au cas où le malade rapporterait une histoire de procidence intermittente sans qu'on puisse assister à l'issue de la tumeur.

Nous n'avons observé qu'un seul cas de ce genre. Nous pensions qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne jusqu'au jour où il nous a été possible de voir le néoplasme.

La TUMEUR VILLEUSE peut sortir de l'anus au moment

des efforts de défécation, mais il s'agit d'une tumeur lobulée, molle, donnant lieu à des écoulements muco-glaireux, parfois mélangés de sang tout à fait typiques.

De même, L'ADÉNOME ISOLÉ DU RECTUM ne saurait soulever de grandes difficultés d'interprétation. Son volume, beaucoup plus réduit que celui auquel atteignent les fibromes ou fibro-myomes, sa couleur rouge vif sont autant de caractères distinctifs importants. De plus, l'adénome est facilement hémorragique et saigne au moindre attouchement. Il est habituellement rattaché à la paroi rectale par un pédicule très grêle, fin, délié et blanchâtre.

Cet aspect est bien éloigné de ceux que présentent les fibromes et les fibro-myomes, masses volumineuses, fermes, cohérentes, fibreuses, rattachées à la paroi par un gros pédicule.

Il est également facile de distinguer certaines PRODUCTIONS PÉDICULÉES DE LA RÉGION ANALE, en particulier papillites et polypes sus-hémorroïdaires.

LES PAPILLITES ont un aspect tout à fait particulier. Elles siègent juste au-dessus du sphincter externe, au niveau de la ligne cutané-muqueuse et il est facile de les mettre en évidence en dépliant au maximum l'orifice anal. Elles constituent des excroissances en forme de pyramide, à large implantation, à extrémité effilée et pouvant atteindre un centimètre et demi de long. Leur sommet est généralement d'un blanc grisâtre. Elles peuvent être congestionnées et revêtir une teinte ecchymotique. Parfois une seule, plus souvent trois, quatre ou cinq papilles sont hypertrophiées, donnant alors à

la circonférence anale un aspect crénelé tout à fait typique.

LES POLYPES SUS-HÉMORROÏDAIRES sont situés dans le canal anal, à 3 ou 4 centimètres de profondeur.

Parfois, le polype est unique s'insérant en un point quelconque du bourrelet d'hémorroïdes. Il est toujours pédiculé mais plus ou moins allongé. Son implantation est assez large, sa forme variable ; il peut être régulier, s'effilant ou se renflant à son extrémité libre, parfois il est mamelonné et lobulé. Sa longueur varie de quelques millimètres à 2 centimètres. La coloration en est rosée généralement, son extrémité libre peut être blanchâtre, d'aspect fibreux. Sa consistance est d'ordinaire molle et souple. Il peut cependant, parfois, former une saillie dure s'opposant à la progression du restoscope.

Dans de nombreux cas, les polypes sont multiples. Leur nombre, leur forme, leurs points d'implantation, leur direction sont extrêmement variables. Tous les aspects peuvent se rencontrer. Ils peuvent être assez nombreux pour former sur toute la circonférence du canal anal une série de prolongements dirigés en tous sens.

De toute façon, ils ont un caractère essentiel : c'est leur point d'insertion. Comme leur nom l'indique, les polypessus-hémorroïdaires sont insérés à la surface des hémorroïdes internes. Leur base est toujours fixée à la surface même de la varice, jamais en muqueuse saine.

Nous signalerons l'existence, dans le rectum, d'une autre variété de tumeur d'aspect fibreux ; nous voulons parler des NEURINOMES DE LA MALADIE DE RECKLINGHAUSEN.

Nous en rapportons ici une observation :

Obs. (PERSONNELLE) (fig 9 et 10).

Une femme de 50 ans consulte parce qu'une petite tumeur sort de son anus.

Cette procidence s'accompagne de douleurs et de pertes de sang.

A l'examen, on trouve sur le corps des taches pigmentaires et des nodules au niveau du cou et de l'abdomen. Au niveau du rectum, on met en évidence deux tumeurs au niveau de la lisière ano-rectale. Le doigt peut les extérioriser facilement.

L'une d'elles, assez grosse, est pédiculisée et s'insère à 6 heures sur la circonférence anale, la malade étant en position genu-pectorale. L'autre, plus petite, en forme de doigt, est insérée à 10 heures.

Ablation à l'anse diathermique.

Examen histologique : Dr A. Cain.

Le stroma de la tumeur est formé de tissu fibreux du type adulte, avec quelques arborisations de fibres lisses. Il existe de nombreux vaisseaux bien différenciés. Il y a quelques rares infiltrats lympho plasmocytaires. On ne peut mettre en évidence des nerfs ou des groupes de cellules nerveuses.

Nous avons retrouvé dans la littérature une observation de neuro-fibromatose rectale intéressante par le nombre et le développement des tumeurs.

Obs. (Cook).

Un homme, âgé de 43 ans, présentait depuis 5 ans une diarrhée abondante avec mucus, pus et sang dans les matières. Le malade, très amaigri, était confiné au lit,

Il présentait sur le corps des nodules neuro-fibromateux.

A l'âge de 13 ans, le malade avait été opéré pour prolapsus du rectum, intervention suivie d'échec.

A l'examen, on trouva un rectum rempli de tumeurs, dont plusieurs étaient ulcérées. Ces tumeurs, situées dans la muqueuse, étaient de dimensions variables allant du volume d'un grain de plomb à celui d'une amande. Les plus grosses masses étaient pédiculées ; les plus petites, sessiles. De petites tumeurs étaient parsemées dans le côlon pelvien.

On enleva plus de soixante tumeurs distinctes, en plusieurs séances, à la pince et à la curette. Le malade guérit.

Histologiquement : ces tumeurs étaient constituées par du tissu fibreux. Il en était de même pour les nodules cutanés. Mais la proportion du tissu fibreux était plus considérable dans les tumeurs rectales.

Dans tous les cas, le diagnostic était facile et la constatation d'une neuro-fibromatose généralisée fit tout naturellement rattacher les tumeurs rectales à leur vraie cause.

Nous avons analysé rapidement une série de néoformations qu'il est facile de distinguer des tumeurs que nous étudions.

Le diagnostic peut se présenter, au contraire, avec certaines difficultés dans les cas suivants.

Au cours de CERTAINES RECTITES, nous avons constaté la présence de formations volumineuses, bien pédiculées et d'aspect fibreux. Ces masses atteignaient, dans certains cas, un volume important, et leur identification aurait pu être difficile si elles n'avaient été insérées sur une muqueuse inflammatoire présentant des lésions

manifestes de rectite, ulcérations ou rétrécissement (fig. 11 et 12).

Mais la difficulté peut être plus grande encore.

Nous avons observé, au niveau de la lisière ano-rectale, de volumineux paquets hémorroïdaires profondément modifiés et dont l'aspect se rapprochait beaucoup de celui des fibromes et fibro-myomes. Sans le secours d'un examen histologique, la tumeur n'aurait pu être identifiée avec certitude.

Nous rapporterons ici deux exemples démonstratifs des aspects que peuvent présenter les paquets hémorroïdaires, en partie thrombosés, en partie fibreux.

Obs. (PERSONNELLE) (fig. 13 et 14).

Mme Potr... 40 ans, ménagère, présente des hémorroïdes qui sortent au moment des selles depuis des années.

Depuis 5 mois, elle a remarqué que l'une d'entre elles grossissait beaucoup et devenait de plus en plus difficile à réduire. La malade présente des sensations de ténesme et des lourdeurs dans son rectum.

A l'examen : On constate la présence d'une masse du volume d'une noix, insérée à 5 heures sur la circonférence anale, la malade étant en position genu-pectorale. Celle-ci est de consistance non homogène, avec des régions assez dures. La moitié supérieure est dure, fibromateuse, blanchâtre. La moitié inférieure est molle, très rouge, fortement vasculaire. A l'extrémité supérieure, il y a un point rouge vif. A la base, on trouve une papille blanchâtre.

Cette masse ressemble à une très grosse hémorroïde qui serait en partie thrombosée, en partie fibreuse. Elle est pédiculée et la base du pédicule s'insère à 6 heures dans la région sus anale.

La ponction permet de ramener facilement du sang dans la seringue.

A l'endoscopie, cette masse de couleur jaune pâle tranche sur la rougeur du rectum.

Après extériorisation de cette tumeur, on pratique une anesthésie du pédicule en l'infiltrant de quelques centimètres cubes de novocaïne. Après ligature de ce pédicule, on enlève la tumeur à l'anse diathermique.

Examen histologique (Dr A. Cain).

La tumeur étant située en zone intermédiaire, son revêtement muqueux est constitué en partie par un épithélium cylindrique glandulaire, en partie par un épithélium pavimenteux malpighien. Pas de réaction adénomateuse. Le corps de la tumeur est essentiellement constitué par des veines très nombreuses se présentant sous des aspects variés, depuis la dilatation hémorroïde typique aboutissant même à la formation d'un véritable lac sanguin, jusqu'à la veine obturée par l'endo-phlébite fibreuse. Certaines veines, étouffées par la réaction fibreuse du stroma, se réduisent à une mince lumière. Il existe en un point un foyer hémorragique étendu, que le tissu fibreux envahit à sa périphérie. Le stroma de la tumeur est formé par du tissu fibreux adulte, semé de place en place d'amas lympho-plasmocytaires plus ou moins denses. Il n'y a pas à la surface de la tumeur de formation fibreuse homogène justifiant le terme de fibrome sus-hémorroïdaire ; les veines affleurent la surface.

Dans la seconde observation que nous résumons afin de ne pas alourdir notre texte, le diagnostic était plus difficile encore :

Obs. (PERSONNELLE).

Mme P..., 48 ans, présente des hémorroïdes depuis très longtemps ; elles saignent par intermittence au moment des

selles. Depuis trois mois, elle a constaté l'issue par l'anus, au moment des selles, d'une masse ronde et assez dure.

Cette masse sort en même temps que les hémorroïdes mais elle est plus dure et rentre plus difficilement.

De plus, les hémorroïdes s'extériorisent parfois entre les selles, mais jamais la tumeur.

A l'examen, on trouve une masse fibromateuse insérée vers 10 heures au niveau de la région sus-anale. Il est possible de l'extérioriser après une légère anesthésie du sphincter. Cette manœuvre provoque des douleurs assez vives en raison du tiraillement exercé sur le pédicule. La néoformation est du volume d'une datte à peu près. Jaunâtre en place, elle prend à l'extérieur une teinte rose. La muqueuse qui la recouvre est plissée. Le pédicule qui rattache cette tumeur au rectum est épais et court. La consistance est demi-molle, un peu moins ferme que celle des fibromes.

On fait le diagnostic de production fibroïde inflammatoire sus-hémorroïdaire et on enlève la tumeur à l'anse diathermique.

Les coupes histologiques montrent qu'il s'agit d'une hémorroïde profondément modifiée par la transformation fibreuse. Le tissu connectif prédominant nettement étrangle les veines assez nombreuses.

Ces deux observations nous semblent très intéressantes parce qu'elles montrent deux aspects évolutifs de productions dont le diagnostic et l'identification deviennent de plus en plus délicats à mesure que la fibrose augmente en importance.

Dans le premier cas, le diagnostic restait possible cliniquement, si on s'en tenait aux éléments importants enseignés par l'examen. La consistance de la tumeur n'était pas homogène. Dure et fibreuse en certains

points, elle était mollassse et dépressible ailleurs. Les sensations perçues par le toucher traduisaient d'ailleurs assez bien la véritable structure de la tumeur, mi-thrombosée, mi-scléreuse. A l'extérieur, la tumeur prenait une teinte bleutée et la ponction permettait de retirer du sang noirâtre en abondance.

De plus, l'examen histologique apportait des précisions indiscutables.

Dans la seconde observation, au contraire, l'examen clinique n'apportait aucune certitude. L'examen histologique permit de vérifier la véritable nature de la tumeur, mais proposait des interprétations déjà plus délicates.

On peut, sans invraisemblance, supposer que le travail de fibrose s'accroissant encore, on puisse observer des cas où les paquets hémorroïdaires se présentent sous l'aspect de corps fibreux homogènes dont la distinction avec les productions fibroïdes sus-hémorroïdaires est impossible cliniquement et histologiquement.

Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher ces cas d'une des observations que nous avons rapportée au début de notre étude (obs. 9) et de signaler une fois encore combien la délimitation précise de ces tumeurs, les unes par rapport aux autres, est parfois difficile.

Nous devons signaler une autre cause d'erreur à éviter. Les SARCOMES DU RECTUM peuvent, dans certains cas, en imposer pour une tumeur bénigne.

Il peut s'agir de *lymphosarcome*. La forme diffuse est de différenciation aisée ; mais la forme localisée, limi-

tée à une bosselure saillant dans la lumière de l'ampoule rectale peut donner lieu à des confusions.

Le lymphosarcome se présente alors sous la forme d'une tumeur ronde, plus ou moins bosselée, recouverte d'une muqueuse non ulcérée, obstruant la lumière de l'intestin.

Habituellement, la tumeur s'étale sur une large surface mais elle peut se pédiculiser à la façon d'un polype et même faire issue hors de l'anus au moment de la défécation.

On conçoit, dans ces conditions, combien le diagnostic est difficile. La tumeur peut être enlevée partiellement et seulement identifiée sur les coupes histologiques.

Obs. (KEY). — Un homme de 41 ans remarque le prolapsus réductible d'un nodule gros comme une cerise qui, peu à peu, augmente de volume, s'accompagne d'hémorragies au moment des défécations et de gonflement de la région anale. Constipation, ballonnement abdominal, amaigrissement considérable.

Un an plus tard, on sent, au toucher, sur la paroi postérieure du rectum, une tumeur arrondie, grosse comme une noix, pédiculée et facilement mobilisable. *Elle est enlevée partiellement.*

Un mois plus tard, le toucher révèle sur la paroi postérieure une tumeur grosse comme un œuf d'oie, largement implantée, ferme, à surface lisse et lobulée. A l'intervention, on constate que la tumeur infiltre dans la région sacrée et latéralement le tissu cellulaire du petit bassin. On prélève un fragment de la tumeur jugée inopérable.

L'examen montre, au milieu d'un stroma peu développé, une infiltration dense de cellules rondes à gros noyaux et

à mince couronne de protoplasme, vaisseaux nombreux, nécrose superficielle.

Le plus souvent le sarcome du rectum est un *sarcome à cellules rondes*. Il faut d'ailleurs reconnaître que parfois il est impossible de le distinguer cliniquement et même histologiquement du lymphosarcome dans ses formes localisées, tumorales (Bensaude, Cain, Horowitz).

De toute façon, l'examen histologique permet facilement de différencier ces tumeurs des formations bénignes qui nous occupent.

Dans un cas, rapporté par le Docteur Bensaude dans son *Traité d'Endoscopie* (p. 150), le diagnostic fut établi après biopsie d'une petite tumeur péri-anale ayant l'aspect d'un condylome et de même nature que la tumeur intra rectale.

Le *leiomyosarcome* est également une éventualité possible encore que très rare (on en connaît à peine une dizaine de cas). Nous en rapportons ici une belle observation.

Obs. (OBERLING ET HUGUENIN). — Une femme de 52 ans se présente, en novembre dernier, à la consultation d'hôpital du Dr Pochon. Elle présente un syndrome rectal qui donne à penser cliniquement qu'il doit s'agir d'un épithélioma : pertes glaireuses, sanglantes, ténesme. Au toucher, on sent une énorme masse d'aspect polypeux, ulcérée, insérée à la partie supérieure du canal anal. L'excérèse en est facile et le diagnostic d'attente de « polype » est porté. L'examen histologique, par contre, montre la nature sarcomateuse du néoplasme et le pronostic grave que pose l'étude histolo-

gique s'est vérifié dans la suite : la mort est survenue trois mois plus tard après récidence. Histologiquement, cette tumeur présente, au premier abord, un aspect assez polymorphe qui est dû, pour une part, à des modifications secondaires (inflammation et nécrose), pour une part aux variations structurales du tissu néoplasique. Dans certaines régions en effet, celui-ci présente un aspect qui rappelle de très près celui des leiomyomes utérins : on voit des faisceaux entortillés, coupés en tous sens et qui sont formés par des cellules très régulières à noyaux en bâtonnets fortement allongés, à cytoplasme acidophile, fibrillaire. On note fréquemment une disposition palissadique des noyaux rappelant de très près les images que l'on voit dans certains gliomes périphériques. Ces cellules sont très régulières et les monstruosité exceptionnelles ; mais on y observe un nombre considérable de mitoses.

Dans d'autres régions, l'aspect est plus polymorphe. Sans doute, les cellules sont toujours allongées, gardent une disposition fasciculée mais elles sont beaucoup plus irrégulières, leurs noyaux sont monstrueux, le cytoplasme tellement abondant que les éléments sont souvent énormes. Le tissu tumoral est très vascularisé. Les vaisseaux dont la paroi endothéliale est en général nette sont en plusieurs endroits envahis par des cellules néoplasiques. Partout le stroma est très nettement développé ; non seulement il engaine les faisceaux cellulaires, mais, par places, des gaines collagènes enveloppent les cellules elles-mêmes. Dans certaines régions, à cause sans doute de l'inflammation surajoutée, s'ébauche une véritable sclérose. Dans la périphérie de la masse tumorale, la stroma-réaction est même très marquée, en particulier dans la zone d'envahissement de surface. Cette tumeur est très proliférante et destructive : elle est ulcérée en surface : elle a envahi la muqueuse et quelques cryptes lieberkühniens sont perdues dans la masse néoplasique.

Peut-être s'agissait-il d'un myome dégénéré ; nous ne pouvons que soulever cette hypothèse.

Nous rappelons ici que ces tumeurs donnent lieu à de nombreuses difficultés d'interprétation et de nomenclature. En 1924, Gosset, I. Bertrand et Lœwy étudiant les tumeurs pédiculées de l'estomac « dites sarcomes », admettent que la plupart de ces formations sont des schwannomes.

De même, dans l'observation de Oberling et Huguenin que nous venons de citer, la tumeur s'apparente aux schwannomes par un certain nombre de caractères histologiques communs en particulier, la disposition palissadique des noyaux. Cependant, en raison de l'isolement des cellules franchement différentes du syncytium de Schwan, de leur fibrillation plus grossière que celle de la glie périphérique et surtout en raison de l'évolution clinique, les auteurs maintiennent l'appellation de *leiomyosarcome* du rectum.

Nous avons consacré un long développement à l'exposé de cette observation pour rappeler la nécessité d'examens histologiques particulièrement attentifs et précis pour l'identification de certains cas difficiles.

Nous rappelons, pour mémoire, que le *sarcome mélanique* se présente dans le rectum sous l'aspect d'un polype. Mais sa teinte noire caractéristique en permet aisément le diagnostic.

Un autre diagnostic reste à discuter : celui du LIPOME PÉDICULÉ dans le rectum. La différenciation clinique est à peu près impossible. Les lipomes sont de consistance, volume et forme en tous points comparables à ceux des

fibromes et fibro-myomes. Seul l'examen histologique, après extirpation, permet d'en identifier la nature.

II. — FIBRO-MYOMES ET MYOMES INTERSTITIELS ET EXTÉRIEURS AU RECTUM

Le diagnostic est, dans ces cas, généralement très délicat. Pour ce qui concerne les myoïdes rectaux à évolution abdominale, leurs confusions avec les tumeurs originaires de l'utérus ou des annexes est habituelle.

Dans aucun cas le diagnostic exact n'a été fait avant l'intervention. Fibro-myome utérin, kyste de l'ovaire, tumeur du ligament large furent les hypothèses les plus souvent envisagées.

Les signes rectaux associés : constipation, sensations anormales au niveau du rectum, pourraient suggérer l'idée d'une origine intestinale possible si ces symptômes n'accompagnaient pas fréquemment certaines tumeurs du tractus génital chez la femme.

Un toucher rectal très attentif pourrait être d'un plus grand secours. C'est ainsi que, dans le cas de Westermarck (obs. 16), après que la laparotomie eût permis de découvrir l'origine de la tumeur, un assistant put introduire un doigt dans l'évagination de la paroi rectale provoquée par la traction du pédicule de la tumeur.

L'examen bimanuel, chez la femme, devra s'attacher à mettre en évidence l'état de l'utérus, des annexes, et de préciser, autant que faire se peut, les connexions de la tumeur avec ces organes.

C'est souvent très difficile. Senn (obs. 18), malgré un examen minutieux, ne put sentir les annexes gauches. La tumeur perçue par Gradenwitz (obs. 13) était mobile avec l'utérus et lui paraissait rattachée par un pédicule.

Becker (obs. 23) ne put examiner correctement sa malade qu'après anesthésie générale. Il constata que le néoplasme n'avait aucune connexion avec l'utérus.

Les néoformations situées devant le rectum ne sont pas d'un diagnostic beaucoup plus facile bien qu'elles soient généralement plus accessibles.

Riedinger (obs. 12) pensa à une tumeur de l'os coxal. Finsterer (obs. 28) crut d'abord qu'il s'agissait d'un cancer du rectum et il fit une biopsie de la muqueuse qui se montra de structure normale.

Dans un des cas de Verne Hunt, la tuméfaction fut considérée comme inflammatoire à un premier examen.

Obs. 30 (V. HUNT).

Une femme âgée de 20 ans fut examinée une première fois à la clinique le 7 juin 1916. On fit le diagnostic d'inflammation pelvienne.

Elle revint le 26 avril 1918 parce qu'elle ressentait une gêne dans le côté gauche de son rectum.

Les deux culs-de sac vaginaux étaient sensibles et on sentait une masse indurée dans la cloison rectovaginale.

La malade fut opérée le 6 juin 1918 (J.-C. Masson),

La masse recto vaginale d'aspect inflammatoire était, en réalité, un fibro-myome apparemment, d'origine rectale.

Becker (obs. 23), se demanda s'il ne s'agissait pas, chez sa malade, d'un énorme kyste du vagin.

Les formations fibro-myomateuses enclavées dans la concavité sacro-coccygienne, en raison de leur mobilité très réduite, en raison des difficultés qu'on éprouve à bien apprécier leurs rapports et leur limite supérieure, sont également d'un diagnostic incertain. On les a pris pour des tumeurs à point de départ osseux, des sarcomes du sacrum en particulier (obs. 22, Lexer). Les lésions de la muqueuse qui recouvre la masse néoplasique ulcérée, parfois adhérente, les a fait confondre avec le cancer du rectum.

Dans une observation, surtout, la tumeur avait été morcelée par des interventions partielles et, au moment de l'examen, elle avait perdu en partie ses caractères.

Obs. 31 (VERNE HUNT).

Un homme, âgé de 34 ans, avait subi trois interventions sur le rectum pour une tumeur que l'on croyait cancéreuse. La dernière opération datait du 15 janvier 1920.

Le malade se présenta à la clinique le 18 mars 1920 avec l'histoire suivante :

En 1915, il notait pour la première fois de la difficulté pour aller à la selle. Ces troubles s'accrurent progressivement et s'accompagnèrent bientôt de douleurs.

En 1916, on l'opéra pour hémorroïdes et le malade fut amélioré pendant un an. On fit, à ce moment, le diagnostic de cancer du rectum et le patient fut opéré de nouveau. Nouvelle amélioration de deux ans.

Au bout de ce laps de temps, les symptômes revinrent.

Deux intervention furent pratiquées en janvier 1920. Les comptes rendus n'en furent pas établis.

Il y avait eu du sang dans les selles à différentes reprises. Le malade n'avait pas maigri et son état général était bon.

Au moment de l'examen, il pesait 175 livres (anglaises) ; il était très pâle.

Pression artérielle : maxima 12, minima 7.

Il y avait un léger souffle systolique à la pointe.

A 2 cm. 5 environ au-dessus du sphincter anal, on trouvait une masse excavée, repoussant la paroi rectale surtout du côté gauche, et se prolongeant sur une hauteur de 10 centimètres. Cette masse était ulcérée et saignait facilement. Elle s'étendait dans le tissu péri-rectal. La muqueuse recouvrant la tumeur était lisse et non infiltrée. On pensa qu'il s'agissait d'une néoformation ni maligne, ni inflammatoire.

Opération le 20 mars 1920 (V.-C. Hunt). Le sphincter anal fut coupé en arrière et on fit un prélèvement de la tumeur pour examen microscopique. On vit qu'il s'agissait d'un myome. On enleva entièrement la masse par énucléation et on remplit la cavité avec de la gaze iodoformée.

Bonnes suites opératoires.

On fit des applications de radium comme suit : 29 mars 1920 : 560 mgr. heure ; 2 avril 1920 : 1160 mgr. heure ; 3 avril 1920 : 1762 mgr. heure. Au total : 3482 mgr. heure.

Le malade rentra chez lui mais on lui donna le conseil de revenir 3 mois après.

Le 6 juillet 1920, à l'examen, on vit que la muqueuse rectale était lisse, sans aucune trace de récidive.

L'anus était partiellement incontinent.

Hémoglobine 44 %.

Des lettres reçues de ce malade et de son médecin apprennent qu'il n'y a pas de récidive. Le malade doit revenir afin qu'on lui répare son sphincter.

En présence d'une tumeur volumineuse, repoussant la paroi rectale en avant ou en arrière, recouverte de muqueuse *non infiltrée*, il faut penser à la possibilité d'une formation myoïde d'origine rectale. C'est, nous semble-t-il, la meilleure condition d'un diagnostic exact dans certains cas difficiles.

Il ne faudrait pas se hâter cependant de conclure qu'il s'agit nécessairement d'une tumeur bénigne, L'exemple suivant en est la preuve.

OBS. : (MORNET et DELARUE).

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui présente depuis plusieurs mois de la diarrhée lorsqu'il vient consulter l'un de nous au mois de décembre 1930. Cette diarrhée comme les autres troubles digestifs qui l'accompagnent, est mise sur le compte d'altérations hépatiques en raison des signes d'intoxication alcoolique que présente le malade.

Aucun symptôme ne peut à ce moment faire penser à l'existence d'une lésion rectale.

Ce n'est que quelques semaines après que la symptomatologie est modifiée. Une diarrhée fréquente avec ténesme, évacuations glaireuses, fait son apparition, en même temps que surviennent des hémorragies rectales abondantes.

Au toucher, on perçoit une masse volumineuse, grosse comme le poing, très dure, rétro-prostatique, faisant corps avec la paroi rectale, un peu mobile cependant sur les plans sous-jacents. Cette masse est relativement régulière. Elle n'est pas irrégulièrement végétante ; on ne sent pas sur elle d'ulcération. Elle saigne abondamment au moindre contact.

La rectoscopie est presque impossible en raison du volume de la tumeur qui remplit presque complètement

l'ampoule rectale, en raison des hémorragies importantes que détermine l'introduction du tube endoscopique. Les caractères cliniques de la tumeur qui tient solidement à la paroi du rectum et fait corps avec elle, ne permettent pas d'envisager une exérèse chirurgicale.

Une large biopsie est pratiquée qui montre, histologiquement, la nature sarcomateuse de la tumeur. Une application de radium récente, semble avoir amené une amélioration importante de l'état du malade.

Histologiquement, la tumeur présente au faible grossissement une structure assez homogène ; elle est formée par des cellules allongées, disposées en faisceaux tourbillonnants, entortillés les uns avec les autres, de sorte que les éléments cellulaires sont coupés en tous sens. En coupe longitudinale, ils apparaissent régulièrement allongés parallèlement les uns aux autres ; ils sont pourvus de noyaux en bâtonnets lesquels ainsi juxtaposés, forment de véritables palissades. Le protoplasma est relativement acidophile ; un examen à l'immersion permet de mettre en évidence sa structure fibrillaire.

La malignité de la tumeur est affirmée par l'existence de nombreuses mitoses typiques et atypiques et de quelques monstruosité à vrai dire peu nombreuses.

Le stroma est abondant ; les colorations trichromiques le montrent délicatement formé par un fin réticulum de collagène dont les mailles engainent des faisceaux cellulaires voire des cellules isolées. En quelques points, existent des plages fibreuses d'ailleurs fort petites, trouées de vaisseaux très petits et très nombreux. En aucun point sauf en surface, n'existe de réaction inflammatoire nette.

* S'il y a des caractères cellulaires indiscutables de malignité, la tumeur apparaît en revanche, en certains points, assez bien limitée par une sorte de tassement collagène. Ceci est particulièrement notable au voisinage de la muqueuse rectale. La sous-muqueuse a presque complètement disparu

et. séparés d'elle par quelques fibres collagènes, les éléments épithéliaux lieberkühniens sont aplatis, atrophiés, comme refoulés par l'expansion centrifuge de la tumeur. Ils sont d'ailleurs environnés d'un tissu de granulation fort riche en vaisseaux ; mais la muqueuse ne présente point d'ulcération.

Ici encore, on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une dégénérescence sarcomateuse d'un leiomyome.

Pour être complet, il nous resterait à discuter de multiples éventualités possibles au cours desquelles des tumeurs du petit bassin, de natures variées, pourraient donner lieu à des masses repoussant la paroi rectale et perceptibles au toucher ; myomes vésicaux à développement excentrique, tumeurs de la prostate et, en particulier, sarcome, fibro myome du vagin, sarcome du vagin, kystes hydatiques.

Les auteurs, à qui nous avons emprunté nos observations, n'ayant pas envisagé ces différents diagnostics, nous préférons ne pas nous étendre plus longuement à leur sujet. Nous en signalons seulement la possibilité.

Par contre, nous avons trouvé quelques exemples de tumeurs curieuses pouvant simuler parfois d'assez près les néoplasmes qui font l'objet de notre étude.

En premier lieu, nous citons une des observations rapportées par Cullen sous le nom de « adénomyomes de la cloison recto-vaginale ». La tumeur, d'origine utérine, issue de la portion supra-vaginale du col, repoussait la paroi rectale antérieure avec laquelle elle était fusionnée.

Obs. (CUTHBERT LOCKYER, de Londres, *rapportée par Cullen*).

La malade, âgée de 35 ans, mariée sans enfant, se plaignait d'hémorragies vaginales et de douleurs. Les règles avaient toujours été régulières mais depuis 12 mois les pertes étaient excessives et particulièrement depuis les 3 derniers mois. Elle ressentait de violentes douleurs dans le rectum et la défécation commençait à devenir difficile. Elle souffrait surtout depuis 3 mois et la malade avait l'impression qu'un obstacle obstruait son rectum. Les douleurs étaient surtout marquées la nuit.

La patiente était alitée depuis plusieurs semaines.

Les hémorragies dans les quelques semaines avant son entrée à l'hôpital avaient été continues, mais il n'y avait jamais eu de rectorrhagies.

Au toucher vaginal, on sentait une masse dure dans le cul-de-sac postérieur. Elle était fixée à la portion supra-vaginale du col et adhérente au plancher pelvien. La masse se projetait dans la lumière du rectum, repoussant la paroi antérieure, mais la muqueuse qui la recouvrait était intacte. Aucun diagnostic précis ne fut posé. On nota que, bien que le segment vaginal du col fut normal, la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure, sur un espace de 1 pouce carré et demi, était plissée et présentait des varicosités bleuâtres.

Opération : Laparotomie.

Annexes normales. Utérus petit.

Le rectum et l'utérus étaient fusionnés en dessous du repli péritonéal, si bien que les deux organes pouvaient être seulement immobilisés en masse. Il était impossible d'enlever chaque organe séparément. L'opérateur décida d'extirper en bloc : rectum et utérus.

Il commença comme pour une hystérectomie. Dissection des deux uretères. Le gauche était très intimement adhérent à la tumeur et au vagin : le droit était libre de toute adhérence. Après isolement des uretères et ligature des utérines,

On mena la dissection antérieurement aussi bas que possible. Le vagin fut ouvert en avant et l'utérus se trouva libre de toutes ses connexions, sauf au niveau du rectum et de la paroi postérieure.

Le rectum fut ensuite ouvert entre clamps et la partie proximale enveloppée et isolée dans l'angle supérieur de l'incision. Les bords du vagin furent suturés. Fermeture du rectum. Le tissu cellulaire fut réuni et le péritoine pelvien refait.

On mit en place un petit drain vaginal. Le bout libre, sigmoïdien de l'intestin, fut amené à travers une brèche iliaque gauche et l'incision médiane abdominale refermée.

Deux drains furent mis en place au niveau de l'extrémité inférieure de la plaie.

Suites opératoires fébriles. Guérison.

Examen microscopique.

La tumeur avait la structure d'un adénomyome fait de tissu fibreux dense et de tissu musculaire dans lequel étaient parsemées quelques glandes simples entourées par du tissu cellulaire, tout à fait semblable à celui qu'on voit autour des tubes glandulaires des adénomyomes de l'utérus. La tumeur était bénigne. Mais le col aussi bien que la paroi antérieure du vagin étaient envahis par elle. Il y avait de larges zones hémorragiques qui allaient du centre de la tumeur à la muqueuse vaginale. La muqueuse rectale était intacte, réserve faite de plis dus à la paroi vaginale postérieure.

L'auteur émet l'hypothèse que cette tumeur s'était développée aux dépens des restes du canal de Wolf et dit que s'il avait prévu la nature bénigne de la tumeur, il se serait borné à faire une exérèse partielle de la paroi rectale. Mais il insiste sur ce fait que la paroi du rectum était très adhérente sur une large étendue et qu'il aurait fallu très probablement faire une résection du rectum.

Cullen rapporte deux autres observations comparables.

Dans le premier cas, il décortica une formation postérieure à l'utérus, fusionnée avec le rectum et apparemment d'origine utérine. A l'examen microscopique, cette tumeur était constituée de tissu myomateux typique. En un point, on trouvait des îlots de muqueuse utérine et, dans un autre point, une cavité utérine en miniature.

Dans la seconde observation, il enleva une masse cystique située dans le ligament large gauche et adhérente au rectum. L'examen microscopique montra que la paroi du kyste était bordée d'une couche d'épithélium cylindrique. Les portions solides de la tumeur étaient constituées par des fibres musculaires lisses disposées en tourbillons et de nombreuses glandes utérines enfouies dans leur stroma caractéristique. En quelques points, petites cavités utérines en miniature.

Malgré les symptômes rectaux qui les accompagnent, malgré la compression qu'elles exercent sur la paroi de l'intestin, ces tumeurs nous paraissent cependant assez faciles à différencier des myoïdes rectaux.

En effet, les troubles fonctionnels prédominants sont des troubles de la sphère génitale et, en particulier, les hémorragies abondantes et répétées. D'autre part, l'examen permet aisément de mettre en évidence leur caractère essentiel : l'adhérence, la fusion intime entre l'utérus et le rectum qui ne peuvent être séparés l'un de l'autre.

Cependant, il peut exister des cas de diagnostic très

délicat, même les pièces opératoires en mains. Nous en voulons comme exemple l'observation suivante :

Obs. (LOCKHART-MUMMERY).

Une femme de 34 ans avait trois tumeurs dans le rectum, produisant des phénomènes d'obstruction et de violentes douleurs.

On pensa d'abord qu'il s'agissait d'un néoplasme malin. Le seul moyen d'enlever les tumeurs était de pratiquer l'exérèse du rectum par voie abdomino-périnéale.

On enleva tout le rectum et une partie du sigmoïde et on fit une colostomie permanente. La malade guérit parfaitement.

A l'examen : On trouva trois grosses tumeurs dans la couche musculaire du rectum et au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne.

La muqueuse qui se trouvait en surface n'était pas ulcérée.

Les coupes des tumeurs montrèrent qu'il s'agissait de fibro-myomes avec transformation calcaire.

L'aspect suggérait l'idée *qu'une au moins de ces tumeurs provenait de l'utérus* en passant par le ligament utérin postérieur.

La plus grosse avait le volume d'une mandarine.

Lockhart-Mummery cite ce cas comme étant un exemple de fibro-myome rectal. En raison des réserves qu'il fait sur l'origine d'une des tumeurs, nous préférons le rapprocher des observations précédentes de Cullen, encore que les examens histologiques ne soient pas en faveur d'une identité de nature.

Nous avons trouvé dans la littérature une observation curieuse concernant une tumeur d'une nature tout

à-fait particulière. Nous la signalons parce qu'elle peut également simuler une tumeur myoïde :

Obs. (SHATTOCK S. G , citée par Pennington).

Chez une femme morte pour d'autres raisons, on a trouvé une tumeur entre le rectum et la vessie dans le tissu sous-péritonéal ; elle avait 2 pouces et demi de diamètre, était régulièrement sphérique.

A la coupe, on a trouvé un petit morceau de métal formant un noyau. Le centre avait subi la dégénérescence calcaire et le corps étranger siégeait en grande partie dans ce noyau calcaire.

Cette tumeur était évidemment due à ce corps étranger, qui avait traversé la paroi du rectum.

Le diagnostic des formations extérieures ne présente guère de difficulté. Dans le cas de Descœudres (obs. 19), la constatation de noyaux dans la cloison recto-vaginale en continuité avec la tumeur sous-cutanée et reliés à celle-ci permettait d'éliminer l'hypothèse d'un simple fibrome ou lipome sous-cutané. Une seule fois (obs. 20), la tumeur fut confondue avec une collection purulente et incisée. Un examen clinique attentif aurait pu, nous semble-t-il, faire éviter cette erreur.

Nous redirons ici, au sujet des lipomes extérieurs au rectum, ce que nous avons dit des lipomes intra-cavitaires. Leur différenciation clinique est impossible et ce n'est qu'après l'extirpation qu'on pourra histologiquement en préciser la nature exacte.

IX. — TRAITEMENT

Le traitement consiste dans l'extirpation de la tumeur. Elle est facilement exécutée quand il s'agit de tumeurs intra-cavitaires, pédiculées dans le rectum.

Tous les procédés ont donné d'excellents résultats dans ces cas. Section du pédicule à l'écraseur, au bistouri, au thermocautère ; la guérison a toujours été facilement obtenue sans incident ni récurrence.

Le procédé qui nous semble le plus sûr est le suivant : sous anesthésie générale ou rachidienne, on dilate l'anus et on extériorise la tumeur ; on excise une collerette de muqueuse autour de la base du pédicule et on enlève le néoplasme en liant soigneusement et séparément les vaisseaux qui se présentent.

Un ou deux points sur la muqueuse suturent la plaie et terminent l'intervention.

Il est bon de constiper le malade pendant quelques jours, comme pour toute opération sur la région.

Quand la tumeur est facilement extériorisable et que son pédicule n'est pas trop volumineux ou vasculaire, on peut se contenter d'étrangler celui-ci dans un serre-nœud diathermique. On fait passer pendant une seconde

ou une fraction de seconde un courant coagulant. La section est très rapidement obtenue et sans douleurs si on a pris le soin d'infiltrer le pédicule avec quelques centimètres cubes de novocaïne.

Les effets du courant coagulant employé limitent la perte de sang. Cependant, pour plus de sûreté, il nous paraît prudent de pratiquer une double ligature croisée du pédicule au moyen d'un catgut.

On termine en mettant sur l'escarre un peu de pommade à l'iodure d'amidon ou au collargol.

Les suites opératoires sont très simples et les malades peuvent sortir de l'hôpital au bout de 48 heures.

Nous avons employé deux fois ce procédé qui nous a donné de bons résultats.

Nous répétons que cette technique doit être réservée aux cas très faciles dans lesquels la tumeur peu volumineuse, à pédicule étroit et peu irrigué, est aisément amenée à l'extérieur. Pour tous les autres cas, nous préférons une technique plus chirurgicale.

Les formations extra-rectales, dans leurs localisations abdominales ou pelviennes, exigent des interventions beaucoup plus importantes.

Les tumeurs situées dans l'abdomen furent abordées quatre fois par la voie abdominale (obs. 12, 16, 17, 18). Dans un cas (obs. 13) le néoplasme fut enlevé par colpotomie postérieure.

Il y eut deux morts. Le cas opéré par Riedinger était désespéré ; la malade était en pleine péritonite, il y avait du gaz et du liquide fétide dans le ventre. Il n'est pas douteux que si la grossesse et l'accouchement

avaient été surveillés, ce désastre ne se serait pas produit. Une intervention au cours de la grossesse ou une césarienne effectuée à terme auraient sauvé la femme. Même vue plus tardivement encore, au moment de la rupture, une hystérectomie aurait pu guérir la malade, encore que les chances eussent été beaucoup plus réduites.

Dans l'observation de Westermarck, la libération de la tumeur fut assez difficile, l'intestin, blessé. De plus, le rectum fut ouvert au moment de la section du pédicule. Bien que ces brèches fussent aussitôt réparées, la cavité abdominale nettoyée et drainée, la malade mourut le 4^e jour, emportée par des accidents septiques.

Les autres opérés guérissent.

Les tumeurs pelviennes sont abordées par des voies différentes, suivant leur localisation, le choix de la voie sacrée ou périnéale étant indiqué par la situation de la tumeur.

L'incision rétro-rectale avec résection du coccyx est le procédé de choix pour l'exérèse des néoplasmes postérieurs. L'extirpation en masse de la tumeur est généralement possible, non sans grandes difficultés ni sans blessure du rectum dans quelques cas (obs. 21, 14). Lexer (obs. 22) fut même obligé de terminer par une amputation du rectum et l'établissement d'un anus iliaque.

Dans tous les cas, les interventions furent couronnées de succès mais il fallut, parfois, réopérer pour fermer une fistule intestinale (obs. 21), suturer l'anus (obs. 14) ou le réparer en raison de l'incontinence (obs. 31),

Mac Cosh (obs. 14) fit un anus iliaque avant d'intervenir sur la tumeur.

Deux fois l'opération fut très simple. Fried et Stone (obs. 20) purent énucléer la tumeur de leur malade sans toucher au coccyx ni au rectum, la simple incision postérieure à l'anus donnant un jour suffisant.

Cripps également, enleva une petite tumeur située dans la paroi rectale après incision de la muqueuse au niveau de la néoformation.

Les tumeurs situées devant le rectum ont été abordées par une voie pré-anale.

Becker accéda à la tumeur par une incision transversale, au niveau de la commissure postérieure de la vulve. Malgré une déchirure assez étendue du rectum, la guérison fut obtenue aisément.

Hunt (obs. 24) et Verhoogen (obs. 15) intervinrent tous deux par une incision de taille périnéale, comme pour une prostatectomie. L'opération de Verhoogen fut particulièrement facile et élégante. La tumeur intra-pariétale fut très aisément enlevée après incision de la musculature du rectum. La muqueuse ne fut pas ouverte. Après suture de la couche musculaire de l'intestin, l'opérateur referma la plaie.

Finsterer, ne pouvant libérer le néoplasme et l'isoler, préféra pratiquer une résection du rectum avec conservation du sphincter. Celui-ci, suturé deux semaines après l'intervention, fut par la suite continent pour les matières consistantes.

Quant aux tumeurs extérieures (Descœudres, obs. 19)

une incision elliptique permet d'en circonscrire la base, d'en isoler le pédicule et de pénétrer dans la profondeur suivant le trajet que la tumeur s'est frayée elle-même à travers le plancher du bassin.

X. — OBSERVATIONS INUTILISÉES

Les trois observations suivantes n'ont pas été utilisées dans le texte.

Obs. 32 (CARLE, rapportée par Verne Hunt).

Un homme de 85 ans était constipé et souffrait en allant à la selle. Il avait, en outre, une sensation de corps étranger dans son rectum.

L'examen révéla l'existence d'une tumeur située à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus, repoussant la paroi rectale postérieure et comblant en partie la lumière de l'ampoule.

Cette masse mesurait 5 centimètres de diamètre environ ; elle était dure au toucher et la muqueuse qui recouvrait sa surface était un peu ulcérée.

Examen histologique : Fibro-myome composé de tissu connectif avec quelques groupes de fibres musculaires.

Obs. 33 (VERNE HUNT).

Un homme, âgé de 55 ans, fut examiné le 3 novembre 1919. Il venait parce que, depuis 6 mois, il éprouvait de la difficulté pour aller à la selle et qu'il avait une impression d'obstruction dans le rectum. Il n'avait eu ni saignement, ni diarrhée.

Pression artérielle : maxima 10, minima 7.

La température et le pouls étaient normaux.

L'analyse d'urine, la radiographie des reins et de la vessie, une cystoscopie et un Wassermann ne montrèrent rien d'anormal.

Le malade fut envoyé pour être opéré au Docteur W. J. Mayo, le 18 novembre 1919, avec le diagnostic de tumeur rectale probablement myomateuse.

On arriva sur la tumeur par une incision postérieure avec ablation du coccyx et de la portion terminale de la 3^e vertèbre sacrée.

La masse, qui était postérieure au rectum, s'étendait latéralement vers la vessie. Elle était originaire de la couche musculieuse du rectum. Elle fut enlevée avec sa capsule, qui était étroitement adhérente au rectum.

La tumeur mesurait $9 \times 6 \times 6$ centimètres.

L'examen histologique montra qu'elle était constituée de fibres musculaires.

Le malade eut de bonnes suites opératoires. Il fut renvoyé de l'hôpital le dixième jour et de la clinique le vingt-cinquième jour après son opération.

Obs. 34 (PERRIN W. S.).

Depuis plusieurs années, un homme de 39 ans extériorisait par l'anus au moment des selles, une tumeur. Il présentait également des rectorrhagies. La tumeur à grand axe vertical était attachée à la paroi antérieure du rectum par un pédicule très court. Celui-ci fut ligaturé avec de la soie forte et la tumeur enlevée. Elle mesurait 3 pouces $1/2 \times 1\ 1/2 \times 1$. Leiomyome.

*
* *

Les cinq observations qui suivent sont celles que nous n'avons pas voulu utiliser en raison des imprécisions qui entourent leur véritable nature ou leur origine.

Nous les avons classées suivant l'ordre chronologique.

Obs. BARNES.

Il s'agissait d'une tumeur sortie de l'anus au cours d'un accouchement. Cette masse était dense, attachée à la marge de l'anus. Elle s'implantait par une large base. En un point la tumeur était grisâtre et comme prête à se sphacéler. Le reste de la circonférence anale était occupé par des hémorroïdes.

Ablation au galvano-cautère.

Examen histologique : La tumeur était constituée par du tissu cellulaire lâche. Les parties profondes étaient de structure caverneuse. Il s'agissait probablement d'une néoformation chronique développée autour d'une hémorroïde.

Obs. BOWLBY (1882-83), rapportée par Quénu et Hartmann).

Bowlby cite le cas d'une femme qui, allant à la garde-robe sentit une masse lui sortir brusquement de l'anus. Elle ne put réduire elle-même cette masse.

On constata qu'il s'agissait d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus, rattachée par un pédicule de un pouce et demi à la paroi antérieure du rectum.

On enleva la masse après ligature du pédicule. Elle pesait 2 livres, à une once près.

Examen histologique : La tumeur se montra formée de tissu conjonctif renfermant entre ses mailles du liquide visqueux.

Obs PARSONS (1909) (résumée).

Une femme âgée de 41 ans présente une tumeur pédiculisée, attachée à la marge anale postérieurement et un peu à gauche. Le début de l'affection remonte à deux ans. À la suite d'un accouchement, la malade constata la présence d'une petite tumeur située sur la marge anale ; elle pensa qu'il s'agissait d'une hémorroïde. Mais la tumeur augmenta graduellement de volume, au point d'apporter une gêne sé-

rieuse, en raison de son poids et des douleurs provoquées par les tractions exercées sur le pédicule. La malade était obligée de soutenir cette masse entre ses cuisses à l'aide d'un bandage improvisé.

A l'examen, la tumeur, à peu près ronde, était suspendue à l'anus par un pédicule mesurant deux pouces de long. Elle présentait une surface lisse à la partie supérieure et était recouverte d'une muqueuse qui avait l'aspect de la muqueuse rectale. La partie inférieure était un peu moins lisse et présentait des irrégularités. On voyait quelques ulcérations à la base de la tumeur.

Cette masse pesait 8 onces et mesurait 11 pouces au niveau de la plus grande circonférence et 9 pouces $1/4$ au niveau de la plus petite. Elle était pâle et fibreuse d'aspect à la section. Plusieurs vaisseaux importants entraient par le pédicule.

Examen histologique : la tumeur était constituée de tissu fibreux avec très peu d'éléments cellulaires.

Obs. KING (1917).

Une femme de 30 ans, depuis un an, perdait par l'anus du sang rouge au moment des selles; irrégulièrement. Elle ne présentait ni diarrhée, ni ténesme.

A l'examen : on trouva une large tumeur rectale, polypoïde. De plus, la malade avait des hémorroïdes.

On pratiqua l'ablation de la tumeur et des hémorroïdes.

L'examen histologique montra que la tumeur était un fibrome.

Obs. VERDELET.

S... Bertrande, 70 ans, entre le 30 avril 1925 dans mon service de l'hôpital Saint-André, pour une tumeur de la région anale.

Cette femme raconte qu'il y a environ 6 ans elle s'est aper-

que, en allant à la selle, de la présence de cette tumeur qui était sortie et qu'elle dut faire rentrer.

Depuis cette époque, toutes les fois qu'elle va à la selle, la tumeur ressort et il faut la réduire.

Il y a deux mois environ, elle a présenté une hémorragie par le rectum, mais ce fut la seule fois. Aucune douleur ni avant ni après la défécation. Pour l'examiner et se rendre compte de la tumeur, il faut pratiquer le toucher rectal qui fait sentir à 2 cm. environ au-dessus de l'anus une petite tumeur mobile, bien pédiculée, que l'on peut attirer facilement au dehors. On constate alors qu'il s'agit d'une tumeur ronde bosselée, légèrement rosée, appendue à un pédicule de 2 centimètres environ de long et insérée sur la paroi antérieure du rectum. La palpation est indolore. La descente de la tumeur s'accompagne d'un léger degré de prolapsus de la muqueuse rectale et d'un bourrelet hémorroïdaire appréciable. La symptomatologie fonctionnelle est nulle. Pas de douleurs, pas d'hémorragie, pas de suintement.

Dans les antécédents de la malade, il faut noter une hémiplegie droite survenue il y a 4 ans. A part cela, aucune autre maladie.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

L'examen de la tension artérielle avec l'appareil de Pachon donne maxima 21, minima 15, indice 5.

L'examen des urines fournit les résultats suivants : Couleur, jaune orangé — aspect, louche — sédiment, faible — réaction, acide — densité, 1,015 — urée, 14 gr. 50 — phosphates, 2,70 — chlorures, 8,20 — albumine, 0 gr. 12 — pigments biliaires, 0 — acétone, 0.

Pyurie, quelques hématies. Quelques cellules épithéliales.

Enfin, il est intéressant de noter que le fils de la malade a été opéré à Salonique en 1917 d'un polype du rectum qui présentait des caractères analogues : procidence et très légères hémorragies

1^{er} mai 1925 : Intervention. La tumeur abaissée est sectionnée. Cautérisation après ligature du pédicule avec un fil de soie. Quelques points de suture sur la muqueuse au-dessus du pédicule.

L'examen histologique de la tumeur, pratiqué dans le laboratoire de M. le Pr Sabrazès a donné les résultats suivants : Polype fibreux. Etat papillaire du revêtement. Nids de cellules lymphoïdes autour des vaisseaux.



FIG. 1. — Obs. 11.

Fibrome rectal extériorisé après anesthésie.

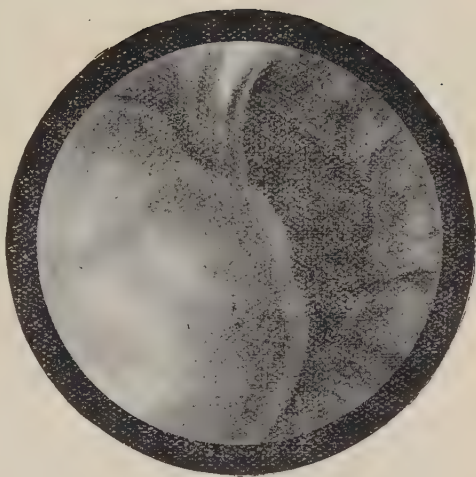


FIG. 1 bis. — Obs. 11.

Fibrome rectal. Vue endoscopique.

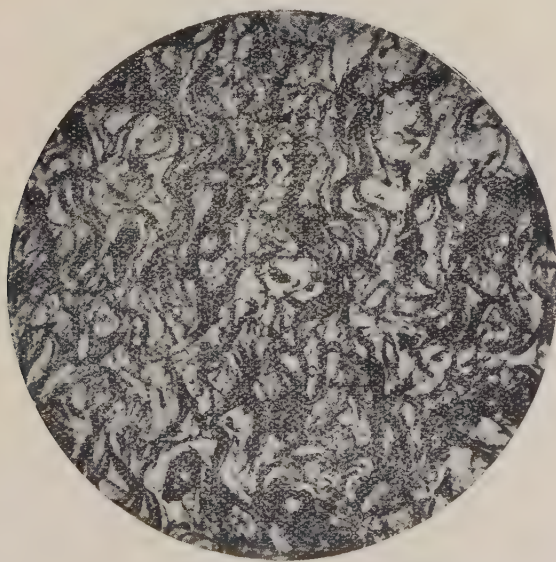


FIG. 2. — Obs. 11.

Stroma conjonctif formé de fibrilles orientées en tous sens et disposées en torsades.



FIG. 3. — Obs. 29.

Fibro-myome rectal. Vue d'ensemble

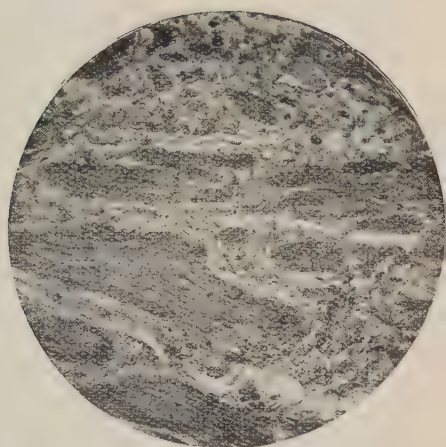


FIG. 4. — Obs. 29.

Le tissu conjonctif sépare des faisceaux de fibres musculaires lisses intéressées par la cou



FIG. 5. — Obs. 5.

Stroma conjonctif, constitué par d'épais trousseaux de collagène et par un réseau fibrillaire plus fin.



FIG. 6. — Obs. 29
Fibro myome rectal prolabé,

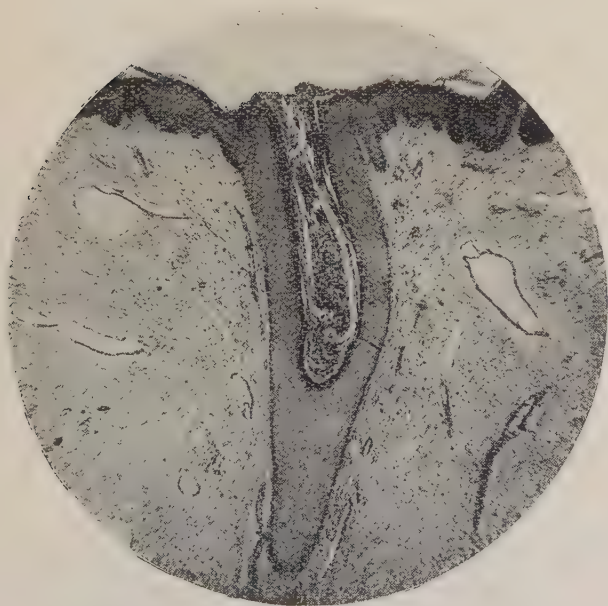


FIG. 7. — Obs. 29
Follicule pileux,



FIG. 8. — Obs. 29.
Glande Sudoripare

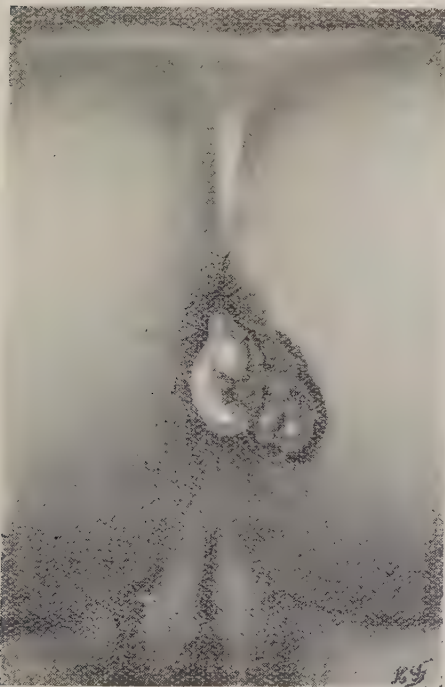


FIG. 9, page 112.
Maladie de Recklinghausen. Tumeurs rectales

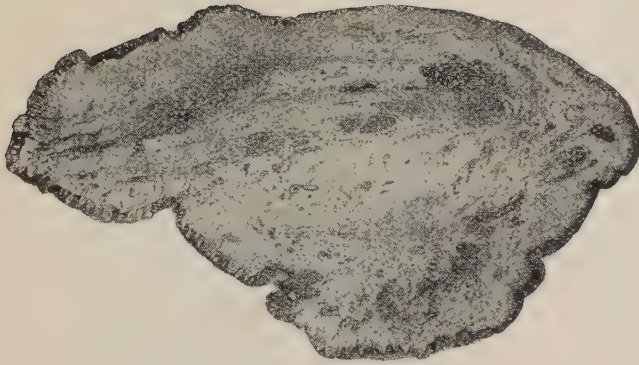


FIG. 10, page 112.

Schwannomes avec fibres musculaires lisses

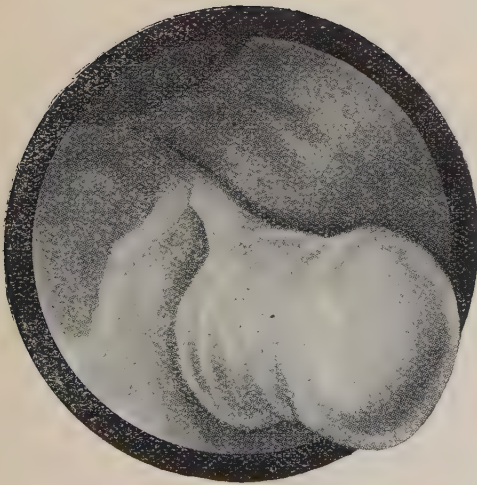


FIG. 11, page 114.

Volumineuse production fibreuse développée
au niveau d'une ulcération rectale

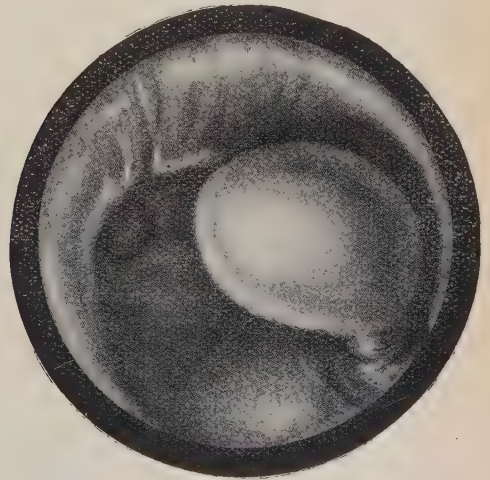


FIG. 12, page 114.

Volumineuse production fibreuse développée
au-dessous d'un rétrécissement rectal,



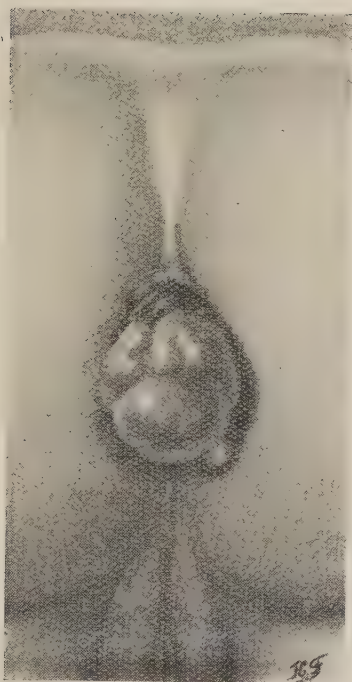


FIG. 13, page 114.

Paquet hémorroïdaire thrombosé et en voie de sclérose

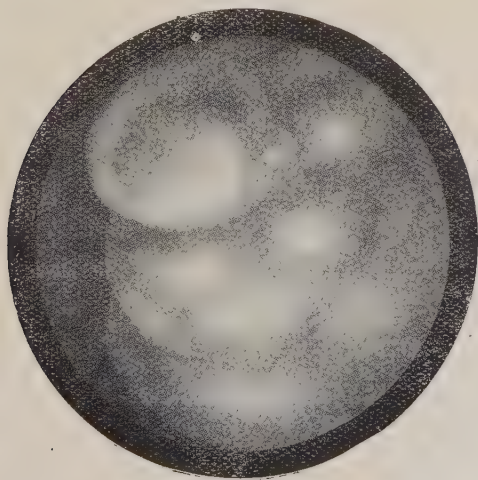


FIG. 14, page 114.

Vue endoscopique du paquet hémorroïdaire en partie sclérosé

CONCLUSIONS

I. — Désireux d'aborder l'étude des fibromes purs du rectum, nous avons été amené pour des raisons cliniques et histologiques à étendre notre sujet à une variété de tumeurs voisines, les myoïdes du rectum.

Ces dernières présentent des localisations multiples : intra-cavitaires, intra-pariétales et extérieures au rectum. Nous avons donc été conduit, abandonnant une classification purement histologique, à distinguer deux groupes de néoformations fibro-myomateuses du rectum :

- 1° les tumeurs intra-cavitaires ;
- 2° les tumeurs interstitielles et les tumeurs à développement excentrique.

II. — *Au point de vue clinique*, ces tumeurs, relativement peu fréquentes, se voient exclusivement chez l'adulte, surtout entre 30 et 50 ans. Les hommes et les femmes sont atteints dans une égale proportion.

Deux grands symptômes caractérisent les
FORMATIONS INTRA-CAVITAIRES :

La procidence.

La constipation.

Les signes rectaux associés ; douleurs, hémorragies, faux besoins, n'ont aucune spécificité.

Le toucher, l'examen direct ou endoscopique permettent facilement d'apprécier les caractères de ces masses pédiculées, volumineuses, assez régulièrement sphériques et dures.

LES TUMEURS INTRA-PARIÉTALES ET LES TUMEURS EXTÉRIEURES AU RECTUM présentent des symptômes beaucoup plus variés.

1° Dans quelques cas, la tumeur est découverte fortuitement.

Bien plus souvent, elle donne lieu à des troubles systématisés et qu'on peut grouper sous plusieurs chefs ;

2° *Signes rectaux.* Ils existent de façon à peu près constante, mais peuvent prédominer au point de constituer le symptôme majeur.

La *constipation* peut être assez accusée pour aller jusqu'à l'obstruction intestinale. Elle se présente plus habituellement comme une gêne à l'exonération, les malades ayant l'impression de mal vider leur intestin. Elle s'accompagne, dans quelques cas, de modifications de la forme des fèces qui sont laminées. La diarrhée peut se voir, diarrhée entretenue par l'emploi des purgatifs.

Les *douleurs* sont sourdes et confuses et consistent surtout en impressions de corps étrangers intra-rectaux.

Les *hémorragies* sont assez fréquentes. Elles sont généralement peu importantes mais répétées. Elles peuvent être considérables ;

3° *Signes de compression intra-pelvienne.*

Les *douleurs à distance*, dans la région lombaire, à la racine des cuisses, dans le pelvis, traduisent dans quelques cas la présence de la tumeur.

Les *troubles urinaires* vont de la simple dysurie à la rétention complète, nécessitant le catéthérisme.

Nous avons enfin relevé l'existence de troubles traduisant la *compression veineuse* : œdème des membres inférieurs et ascite.

L'*examen physique* présente des difficultés variables suivant la localisation de la tumeur.

Dans quelques cas, celle-ci est évidente à la simple inspection.

Située dans l'abdomen, on peut la palper sous la paroi, parfois seulement après évacuation de l'ascite.

Les tumeurs pelviennes sont accessibles au toucher rectal ou au toucher vaginal. L'association de ces deux manœuvres peut rendre, dans certains cas, les plus grands services. Ces néoformations, plus ou moins haut situées, se présentent comme des masses volumineuses, placées avec le maximum de fréquence soit en avant soit en arrière du rectum. Elles sont perçues sous l'aspect de tuméfactions lisses, rondes, dures, recouvertes par une muqueuse rectale qui est souvent intacte, parfois ulcérée, dans quelques cas adhérente. Leur volume et leur fixité en rendent l'exploration difficile et le diagnostic, qui

repose en partie sur l'établissement de leurs connexions avec l'utérus, est souvent très délicat.

III. — *L'évolution* de ces néoplasmes est difficile à apprécier et variable. Elle se mesure habituellement par années. Certaines tumeurs semblent avoir, cependant, une croissance assez rapide. Latentes pendant une assez longue période de leur développement, elles ne se signalent à l'attention des malades que lorsqu'elles ont déjà acquis un certain volume.

IV. — LE PRONOSTIC des tumeurs intra-cavitaires est tout à fait bénin, malgré les troubles qu'elles provoquent et qui sont parfois bruyants.

Les tumeurs extra-rectales, au contraire, sont d'un pronostic beaucoup plus réservé, du fait *de la gravité de certains accidents* (obstruction intestinale, dystocie), *des difficultés opératoires* qu'elles proposent au chirurgien, et surtout *d'une transformation maligne possible*.

V. — Au point de vue *histologique*, les tumeurs fibromyomateuses du rectum sont comparables à toutes les formations de même nature décrites au niveau d'autres organes.

Les FIBROMES sont constitués par du tissu connectif formé, tantôt de faisceaux organisés en trousseaux denses, tantôt d'un fin réseau chevelu. C'est un tissu conjonctif du type adulte avec fibres abondantes et cellules fixes assez rares.

Les vaisseaux sont le plus souvent peu nombreux.

Leur paroi propre est bien formée, parfois par un simple tube endothélial, toujours facile à délimiter du tissu de la tumeur.

Les MYOÏDES ne se distinguent des précédents que par la présence de fibres musculaires lisses plus ou moins abondantes. Tantôt très rares (fibro-myomes), elles sont parfois prédominantes (myo fibromes). Dans quelques cas, le tissu connectif est réduit à quelques cloisons (myomes purs).

Les vaisseaux ont les mêmes caractères que dans les fibromes purs.

Une seule particularité nous a semblé digne de remarque ; c'est la présence d'annexes cutanées : poils et glandes sudoripares dans le revêtement de deux des tumeurs que nous avons examinées.

Ces éléments hétérotopiques autorisent peut-être un rapprochement entre les tumeurs fibro-myomateuses et les tumeurs mixtes. Ils suggèrent, en tout cas, une hypothèse sur leur origine embryonnaire possible.

VI. — DIAGNOSTIC.

Tumeurs intra-cavitaires. Leur diagnostic est généralement facile. Nous avons dit qu'il fallait les distinguer des formations fibroïdes pédiculées de la région anale et sus-anale. C'est habituellement sans grande difficulté.

Cependant, des paquets hémorroïdaires thrombosés et plus ou moins complètement organisés par le travail de fibrose peuvent en imposer pour des tumeurs

authentiques, au point que seul l'examen histologique permet la différenciation.

Le lipome du rectum nous semble impossible à distinguer cliniquement du fibrome ou du fibro-myome. La confusion ne présenterait d'ailleurs pas de graves conséquences.

Par contre, une erreur lourde de risques serait de confondre un sarcome du rectum avec une tumeur bénigne. C'est là, nous semble-t-il, le diagnostic qui devra exiger le plus de réflexion.

Formations interstitielles et extra-rectales.

C'est avant tout des tumeurs utéro-annexielles qu'il faudra les distinguer : fibrome utérin, kyste de l'ovaire, tumeur du ligament large.

Leur différenciation des tumeurs d'origine osseuse, sarcome du sacrum, en particulier, peut présenter de réelles difficultés. Le leiomyosarcome, malgré sa rareté, reste une éventualité possible à laquelle il faudra toujours songer.

Enfin le cancer du rectum est un diagnostic important, parfois délicat, que la biopsie facilitera toujours.

Accessoirement, il faut envisager la possibilité de tumeurs de nature curieuse comme l'adéno-myome du septum recto-vaginal.

VII. — TRAITEMENT.

Il est chirurgical dans tous les cas.

Ablation par les voies naturelles pour les tumeurs intra-cavitaires.

Extirpation plus ou moins complexe des formations extérieures au rectum.

Laparotomie pour les tumeurs abdominales.

Opération de Kraske, plus ou moins atypique, pour les tumeurs pelviennes postérieures au rectum.

Taille périnéale pour les localisations pelviennes antérieures.



Vu, le Doyen,
BALTHAZARD

Vu, le Président de la thèse
GOSSET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY,

BIBLIOGRAPHIE

BALL CH. — The Rectum, its diseases and developmental defects (*London Oxford medical Publications*, 1908, p. 228).

BARNES. — Tumour of Rectum (*British Med. Journal*, 12 avril 1879, p. 331).

BECKER. — Myomes des Darmes (*Arch. Fur Gynäkologie*, 1908, p. 427-434).

BENSAUDE — Rectoscopie. Sigmodoïscopie, Masson, 1926.

BENSAUDE, CAIN, OURY. — Excroissances, végétations et néoplasmes du canal anal (*Archives des Mal. de l'app. digestif*, n° 5, mai 1925, p. 409).

BENSAUDE, CAIN et HOROWITZ. — Le lymphosarcome du rectum (*Annales de Médecine*, XXVI, n° 5, décembre 1929, p. 403).

BOH. E. — Quelques considérations sur les polypes du rectum (*Thèse Paris*, 1877, n° 409).

CANONNE. — Les myomes intestinaux localisés et la myomatose généralisée du gros intestin (*Thèse Paris*, 1930).

CHARGELAIGUE. — Des polypes du rectum, (*Thèse Paris* 1859, n° 138).

CULLEN. — Adenomyoma of the recto vaginal septum (*J. Amer. Med. Assoc.* mars 1914, p. 835).

DELBET et BRECHOT. — Maladie de l'anus et du rectum (*Traité de chirurgie*, Baillière et fils, Paris).

DESCOEUDRES. — Myomes du rectum (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris, 1910, tome XIV, p. 5).

DEWIS. — A small fibroma of the ileum resulting in obstruction of the bowels, with a consideration of various forms of benign intestinal tumors (*Boston medical and surgical journal*, 1906, p. 427-433).

DRUECK. — Benign tumours of the anus and rectum (*Medical journal and record*, 1925, 122, 647).

FINSTERER H. — Ein fall von myom des mastdarmes (*Wien. Klin. Wochenschr*, 1916, p. 663-665).

FRIED H. and STONE H. B. — Four rare tumours intra-rectal solid: teratoma, fibro leiomyoma, paraffinoma and chordoblastoma (*Surgery Gynec. Obstetrics*, n° 30, avril 1930, p. 762-768).

GOODSALL D. H. and W. E. MILES. — Diseases of the anus and rectum, t. II, p. 240 (Longmans Green et Co, 1900).

A. GOSSET, IVAN BERTRAND et G. LOEWY. — Tumeurs pédiculées de l'estomac dites « sarcomes » (*Journal de chirurgie*, Paris, 23, n° 6, juin 1924).

HARRISON GRIPPS. — Diseases of the rectum and anus (London, Churchill, 1907, p. 377).

HARTMANN. — Chirurgie du rectum (Masson, 1931).

HEURTAUX. — Myomes de l'intestin (*Archives Provinciales de Chirurgie*, avril 1896, p. 189-270).

HEURTEAUX. — Notes sur les tumeurs bénignes de l'intestin (*Archives Provinciales de Chirurgie*, novembre, 1899 et janvier 1900).

HILL T. C. — Manual of proctologie, Philadelphie 1923.

HOUEL. — Fibrome de la muqueuse rectale (discussion) (*Bulletin de la société anat. de Paris*, 1872, p. 498).

HUNT-VERNE C. — Myome of the rectum, report of four cases (*Annals of Surgery, Philadelphie*, 1921, t. XXIV, p. 236-244).

KING E. L. — Benign tumours of the intestines with spe-

cial reference to fibroma. Report of a case (*Surgery Gynec. and Obstetric*, 1917, t. XXV., p. 54-71).

LANDSMANN A. A. — Removal of pedunculated growths of sigmoid and upper rectum (*Amer. Journal Surg.*, n° 12, p. 485-486, juin 1931).

LECÈNE et LERICHE — Thérapeutique chirurgicale, Masson, 1926, t. III, p. 306.

LERICHE. — Sur un cas de néuro-fibromatose gastrique et intestinale (*Lyon Chirurgical*, 1914, 1^{er} juillet, p. 70).

LEXER. — Myome des mastdarmes (*Arch. fur Klin. Chir.*, 1902 p. 241-247).

LOCKHART-MUMMERY. — Diseases of the rectum and colon (London-Bailliere, Tindall and Cox, 1923).

LONGUET. — Des tumeurs bénignes du rectum (*Progrès médical*, 1898, n° 35-36).

LYNCH J. M. et FELSEN J. — Tumors of the colon and rectum (New-York, 1925), p. 229-231.

MALASSEZ. — Fibrome de la muqueuse rectale (Discussion) (*Bulletin de la Société Anat. de Paris*, 1872, p. 498).

J. MORNET et J. DELARUE. — Leiomyosarcome de la paroi du rectum (*Bull. Ass. fr. pour l'étude du cancer*, XX 1931, n° 5, p. 367).

OBERLING et HUGUENIN. — Leiomyosarcome du rectum (*Bull. Ass. fr. pour l'étude du cancer*, t. XIX, n° 4, avril 1930).

OBERNDORFER in HENKE et O. LUBARSCH. — Handbuch der speziellen Pathologischen Anatomie und histologie (Berlin-Verlag von Julius Springer, t. IV/3, p. 751).

PARSONS. — Pedunculated anal tumor (*British medical journal*, 1919, 11 décembre, p. 1675).

PERAIRE. — Des polypes fibreux intermittents du rectum (*Revue de chirurgie*, 1900).

PERRIN. — W. S. Leiomyoma of rectum (*Proceed. roy. soc. of medic*, XXII, 1928, n° 2, décembre p. 269 ; 1929, n° 5, mars p. 703).

QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum, t. II, p. 355.

REICHEL P. et STAEMMLER. — Die Neubildungen des Darmes (Ferdinand Enke Stuttgart, p. 238).

RIEDENGER. — Zwei Fälle von fibromyom des Dickdarms (*Centralblatt f. Gynaek*, 1898, p. 921-923).

SHATTOCK S. G. — Trans. Path. Soc. London, 1891, p. 197 (Cité par Pennington, p. 571).

SHEDDEN W. M. — Non malignant tumors of the rectum (*New England J. Med.* janvier 1^o, 1931, p. 204-58).

TEDENAT. — Tumeurs du rectum (*Montpellier Médical* 1885, p. 226).

VERDELET L. — Polype fibreux du rectum chez une femme de 70 ans (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1925, p. 598).

VERHOOGEN. — Un cas de myome du rectum (*Journal de Chirurgie et Annales Soc. Belge de Chirurgie*, 1910, p. 242-244).

VERNEUIL, — Fibrome de la muqueuse rectale (*Bulletin de la Soc. Anat. de Paris*, 1872 p. 497-498)

WESTERMARK. — Ein Fall von Myoma recti ein ovarialkystom simulieren (*Centralblatt F. Gynaek*, 1896, n^o 1, p. 1).

YEOMANS FRANK C. — Proctology, 1929, p. 472.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
I. — DÉLIMITATION DU SUJET.....	11
II. — ETUDE CRITIQUE DES FAITS PUBLIÉS.....	16
III. — ETIOLOGIE.....	27
IV. — ETUDE CLINIQUE.....	28
1) Fibromes, fibro-myomes et myomes intracavi- taires.....	28
1° Début.....	28
2° Signes fonctionnels.....	29
3° Signes physiques.....	48
4° Signes généraux.....	59
2) Fibro-myomes et myomes interstitiels et à déve- loppement extra-rectal.....	59
1° Début.....	59
2° Signes fonctionnels.....	59
3° Signes physiques.....	72
4° Signes généraux.....	86
V. — EVOLUTION.....	88
VI. — PRONOSTIC.....	91
VII. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	93

1) <i>Etude macroscopique</i>	93
a) fibromes, fibro-myomes et myomes intra-cavitaires.....	93
b) fibro-myomes et myomes interstitiels et extérieurs au rectum.....	97
2) <i>Etude histologique</i>	101
a) fibromes.....	101
b) fibro-myomes et myomes.....	103
c) histogénèse.....	107
VIII. — DIAGNOSTIC :	
1) fibromes, fibro-myomes et myomes intra-cavitaire.....	109
2) fibro-myomes et myomes interstitiels et extérieurs au rectum.....	122
IX. — TRAITEMENT.....	134
X. — OBSERVATIONS INUTILISÉES.....	139
XI. — CONCLUSIONS	157
XII. — BIBLIOGRAPHIE.....	165

1933. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.
